

Ambre Panza

Promotion 2020 - 2023

De la tendresse à la sexualité chez les personnes âgées en institution



<https://www.laprovence.com/article/edition-marseille/6915981/lamour-mais-au-tres-long-cours.html>

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : Mardi 30 mai 2023

Directeur de mémoire : Marie DELAHAIE

Note aux lecteurs et lectrices

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Tout d'abord, j'adresse un immense remerciement à l'intégralité de **ma famille**, qui a été présente auprès de moi, qui a su me comprendre, m'aider et me soutenir durant ces trois années. Ils m'ont mis dans les meilleures conditions pour pouvoir réussir au mieux ce que j'ai entrepris. Plus particulièrement, j'adresse un message pour chacun de mon cercle proche. Mon père, **Ludovic**, qui s'est intéressé constamment à chacune de mes avancées que ce soit lors des stages, des partiels, ou bien du TFE. Ma mère, **Nelly**, qui m'a toujours remonté le moral notamment à l'aide de ces bons petits plats. Elle m'a poussé à ne jamais rien lâcher, en vue de la récompense à la clef. Mon frère, **Anthony**, qui m'a souvent fait monter la tension, mais qui a su aussi me soutenir, m'aider et m'accompagner avec des gestes simples mais significatifs.

Un grand merci à mes copines chéries qui sont devenues maintenant des amies, **Victoire, Julie, Marine, Sarah**. Des rencontres exceptionnelles, remplies de rires, de scoop, mais surtout d'amour... Vous avez égayé mes trois années, notre cohésion a été une force et je vous en remercie encore.

Une mention spéciale pour des formateurs juste fabuleux, je citerai **Flavien BONIFFAZZI** qui a été mon référent pédagogique durant ces trois années et qui m'a apporté un accompagnement rigoureux, mais aussi amusant, où l'humour était toujours de mise ce qui nous a permis de dédramatiser certaines situations. Je nommerai aussi **Dorothée BALLOIS** et **Elodie THOMAS**, qui sont deux formatrices bienveillantes, adorables et toujours à l'écoute. Nous avons pu partager de superbes moments d'échange, de fous rires et de partage. Aussi, à tout **l'ensemble des formateurs** qui ont été supers, tous avec le sourire et disponibles à chacune de nos demandes.

Le meilleur pour la fin, un immense merci à **Marie DELAHAIE**, une formatrice géniale, avec qui j'ai pu échanger aisément, partager mes expériences, mes doutes, mes remises en question... Votre accompagnement était à la hauteur de mes espérances, la rigueur était le maître-mot, mais vous avez toujours su l'accompagner d'humour, de rire et de partage. Je tiens aussi à relever votre disponibilité ainsi que vos réponses actives, qui m'ont permis un avancement efficace du TFE.

Un merci général à tous ceux qui m'ont accompagné durant ce parcours, chaque geste, ou petit mot a été pour moi une forme de soutien.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>I</u>
<u>2</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>II</u>
<u>3</u>	<u>Questionnements</u>	<u>V</u>
<u>4</u>	<u>Question de départ</u>	<u>VII</u>
<u>5</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>VIII</u>
5.1	Consentement	VIII
5.1.1	Législation	VIII
5.1.2	Définitions	VIII
5.1.3	Le consentement au centre de la relation entre deux êtres	IX
5.1.4	De l'intimité à la sexualité, le consentement est-il respecté ?	X
5.1.5	Les freins pouvant altérer la prise en charge	XI
5.2	Troubles cognitifs	XIII
5.2.1	Définitions	XIII
5.2.2	La prise en charge	XIII
5.2.3	La place de la famille et du soignant	XV
5.2.4	La sexualité, comme bienfait à la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs ?	XVII
5.3	Relation soignant / soigné	XVIII
5.3.1	La relation	XVIII
5.3.2	La relation dans le soin	XVIII
5.3.3	Les mécanismes de défense du soignant	XIX
5.3.4	Les représentations des soignants	XX
5.3.5	Relation de confiance	XXII
5.3.6	L'institution comme bouclier à la relation soignant/ soigné	XXIII
5.4	Synthèse du cadre de référence	XXV
<u>6</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>XXVI</u>
6.1	Outil utilisé	XXVI
6.2	Population choisie	XXVI
6.3	Lieu d'investigation	XXVI
6.4	Guide de l'outil	XXVII
6.5	Analyse	XXVII
6.5.1	Entretien par entretien	XXVII
6.5.2	Analyse thématique	XXXVI
6.6	Synthèse de l'enquête exploratoire	XLI
6.7	Limites de l'enquête	XLI
<u>7</u>	<u>Problématique</u>	<u>XLII</u>
<u>8</u>	<u>Question de recherche</u>	<u>XLIII</u>
<u>9</u>	<u>Conclusion</u>	<u>XLIII</u>
<u>10</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>XLV</u>
10.1	Ouvrages	XLV
10.2	Webographie	XLVI
<u>11</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>XLVIII</u>

1 Introduction

Le sujet traité dans ce travail de fin d'études sera la sexualité des personnes âgées en institution. L'idée de traiter ce sujet m'est venue à la suite d'un stage, qui s'est déroulé en EHPAD. J'ai pu être confrontée à une situation assez ambiguë entre deux patients, et dont l'équipe soignante a été en conflit sur la prise de décision les concernant. En effet, les modalités de prises en charge différaient selon les soignants présents en poste, ce qui m'a questionnée.

La sexualité est un sujet assez tabou, dont il est délicat de parler. Chaque personne est en droit d'avoir une opinion qui lui est propre sur ce sujet. Mais cette liberté d'expression peut-elle influencer des décisions de prise en charge sur autrui ?

Je partage cette réflexion autour de moi, et je me rends compte que chaque réponse semble différente, avec des arguments plus valables les uns que les autres. C'est pour ces débats riches, que j'ai fait le choix de travailler autour de cette thématique.

Afin de présenter mon travail, je commencerai par exposer ma situation, qui découlera sur de nombreux questionnements, menant à une question de départ. Ainsi, mon développement est principalement guidé par le cadre de référence qui relève des notions et concepts en lien avec la situation. Ensuite, je vous présenterai l'enquête exploratoire reprenant les différentes phases qu'elle contient, notamment les témoignages des professionnels de santé. Enfin, je conclurai mon travail, avec toutes les recherches et résultats obtenues durant ce TFE.

2 Situations d'appel

Mon second stage de deuxième année s'effectue dans un EHPAD. Voilà deux semaines que je suis présente au sein de cet établissement. Je m'entends très bien avec l'ensemble de l'équipe soignante et mes tutrices prennent leur rôle très à cœur. Le « *prendre soin* » de la personne est une compétence à laquelle j'accorde beaucoup d'intérêt. Je prends réellement du plaisir à me rendre sur ce lieu de stage. Mon regard sur les maisons de retraite était assez péjoratif, au vu d'expériences passées, pas glorieuses. Mais contrairement à mon a priori, dès mon arrivée, j'ai pu être surprise par un établissement bien entretenu, lumineux et accueillant. La décoration est soignée et de nombreuses baies vitrées donnent sur un jardin central. Le cadre est apaisant et cela se ressent sur le personnel soignant ainsi que sur l'ambiance générale de ce lieu de vie. L'entente est agréable, presque familiale. Je prends mes marques assez rapidement et les IDE me laissent assez d'autonomie. J'ai vraiment le ressenti d'avoir ma place au sein de l'équipe, même si ce n'est que pour le temps d'un stage. C'est ainsi, que celui-ci se révèle alors intéressant et me permet de progresser dans mon développement professionnel. Les soins techniques étant moindres, j'ai pu consacrer une grande partie de mon temps à développer les relations avec les résidents, pour mon plus grand plaisir. L'approche était différente mais tout aussi intéressante. Après quelques semaines de stage, certains patients se distinguent des autres. Ainsi, une patiente attire tout particulièrement mon attention. Cette résidente que l'on surnommera Mme F., 81 ans, est accueillie dans ce lieu de vie depuis plusieurs mois. D'abord placée provisoirement par ses enfants, elle a fini après plusieurs séjours par y rester définitivement en raison d'un maintien à domicile difficile. En effet, c'est une dame très coquette, agréable et qui aime participer à la vie quotidienne de l'établissement. Elle entretient de bonnes relations avec les résidents. Au niveau des soins, elle est volontaire et compliant à tout acte proposé. Néanmoins, elle souffre de troubles cognitifs assez légers mais altérant ses prises de décisions, ses choix, et les dangers auxquels elle pourrait être exposée. Je suis assez proche de cette dame, j'échange durant de nombreuses après-midi avec elle, je ressens une réelle relation de confiance qui s'installe. Jusqu'au jour, où je remarque son comportement changer envers un résident. En effet, celui-ci était arrivé récemment dans l'établissement, ne la laissait pas indifférente. Alors je décide d'observer son comportement durant quelques jours. Je constate un rapprochement qui semblait s'installer, en effet Mme F tenait par la main, ce résident que je nommerai Mr C, 87ans. Notamment en ce mardi après-midi, je me

trouvais dans la salle de soins, avec les infirmières, au moment où les deux résidents se présentent à la porte et Mme F nous dit : « *Bonjour, excusez-moi de vous déranger, nous cherchons un hôtel* ». Elles sont alors assez surprises, mais prient dans nos activités une seule réponse leur a été donnée par l'infirmière : « *mais il n'y a pas d'hôtel ici !* ». Il est vrai, nous ne sommes pas allées plus loin au vu de cette demande qui aurait nécessité un réel questionnement. C'est ainsi qu'on peut s'interroger sur leur capacité cognitive, la demande d'un hôtel indique, qu'ils ont quand même la notion d'un lieu pour faire ce qu'ils ont à faire, et à non le faire en public. Certes, ils présentent des troubles cognitifs, mais à ce sujet, une certaine présence d'esprit est remarquée. Plus le temps passe, plus je remarque que la relation entre les deux résidents s'intensifie, ils ne se lâchent pas, restent quotidiennement ensemble et participent aux activités ensemble. Un sacré changement pour Mr C, qui auparavant était cloisonné dans sa chambre, mais aussi été connu pour des tentatives de fugue, car il ne voulait pas rester ici. Ces comportements ne passent pas indemnes auprès de l'équipe. Voyant la relation montée crescendo, des bruits de couloir commençaient à se faire entendre. Je me demandais jusqu'où la relation irait ? Serait-elle arrêtée avant l'acte sexuel ? En quittant mon poste du soir, je me languissais de revenir le lendemain afin de connaître la suite... Me voilà de retour, en ce jeudi, je prends poste à 7h du matin, et je me mets à lire les transmissions, il est indiqué que les deux résidents auraient été retrouvés dans la nuit en train de déambuler dans les couloirs, toujours en se tenant la main. Cette information n'a pas été relevée plus que ça, par l'équipe soignante. Ainsi, la matinée et le repas se passent. Autour de 15 heures, heure de visite, les infirmières se trouvant dans la salle de soins, je réalisais mon tour de gouttes. En arrivant au premier étage, je tombe sur une dame, assez furieuse, qui s'approche de moi, et me dit : « *vous m'expliquez ce que fait cette résidente dans le lit de mon père ? Mais qu'est-ce qui se passe ici ? Vous laissez faire ça ? Ça ne gêne personne ici ? Sortez-moi là directement !* ». Au vu de ces paroles, je marque un temps d'arrêt, puis je réalise rapidement qu'il s'agit de la fille de Mr C. Ainsi, je venais de me rendre compte que la relation avait passé un cap, alors, je demande à cette dame de m'expliquer calmement ce qu'elle a vu. Elle me dit : « *je viens voir mon père, comme chaque jeudi, et là je le retrouve allongé dans son lit avec une résidente dont je ne connais pas l'identité. En plus de ça, ils sont dénudés ! Mais dites-moi ce qu'ils viennent de faire ?* ». Je me retrouve assez démunie au vu de la situation, alors je lui explique, que nous avons constaté qu'ils étaient proches mais, seulement quotidiennement et durant la vie quotidienne, et non dans l'intimité, comme dans leurs chambres. J'ai préféré me

restreindre et ne pas en dire plus, par peur de dire ce qu'il ne faut pas. Alors je lui propose de m'accompagner pour aller en parler aux infirmières. Elle est d'accord, elle me suit. Dans l'ascenseur, elle me confie : « *vous savez, ce n'est pas contre vous, mais ma mère nous a quittés il y a seulement 1 an, et il est impossible de voir mon père avec une autre femme* ». Je ne réponds pas, mais mon regard laissait transparaître de la compréhension envers la situation. Arrivées en salle de soins, j'explique la situation aux infirmières, leurs discours sont identiques au mien, mais elles ajoutent, qu'elles vont être vigilantes et en parler à l'équipe. La fille de Mr C, rajoute : « *des décisions vont-elles être prises ? Vous savez mon père présente des troubles cognitifs, je ne pense pas qu'il soit conscient de ce qu'il est en train de faire* », puis elle se met à pleurer. Les infirmières expliquent : « *une décision va être prise oui, nous vous en ferons part à toute l'équipe. Nous allons nous réunir au plus tôt* ». La dame retourne voir son père, pendant ce temps une aide-soignante avait été chargée de sortir Mme F de la chambre de Mr C. En salle de soins, les discussions fusent autour du sujet. Une infirmière était en train de réaliser une transmission de la situation. Ainsi l'après-midi se passe, le moment du repas venu, il est décidé de séparer les deux résidents, qui depuis plus d'une semaine mangeaient à la même table. Puis ce soir-là, ils se sont donc retrouvés dos à dos, de part et d'autre de la salle. Je me questionne devant ce fait, pourquoi une-t-elle décision, seulement prise par l'entente de deux soignantes ? Je me questionne sur le sentiment qu'ils ont dû ressentir au vu de cette soudaine séparation. Alors j'ai observé le repas et leurs attitudes, ils semblaient se chercher, comme perdus sans l'autre, puis le repas s'est terminé, sans plus d'explication. Je suis perturbée par la situation. Je ne comprends pas toujours les décisions prises par l'équipe. Par exemple, pourquoi la sépare-t-on du monsieur avec qui elle a établi des liens ? Il était venu pour moi, d'avoir mes jours de repos, de ce fait, je ne revenais que 2 jours après. À mon retour, je suis directement allée voir les transmissions afin de m'informer sur les avancées de la situation. Je remarque que beaucoup de choses avaient évolué notamment dans le comportement de Mr C. En effet, il semblait maintenant, exprimer clairement sa « *relation* ».

La journée se passe et le sujet constant était que faire ? Les laisser faire ou interdire ? Les avis de l'équipe étaient radicalement partagés. De ce fait, la cadre de service annonça qu'il était temps de faire une grande réunion pour gérer le problème. Au cours de celle-ci, les avis se partagent. La décision qui a été prise, est la suivante, il faut séparer complètement les deux résidents, que ce soit au repas, aux activités ou à chaque fois qu'on les surprend ensemble. De

plus, l'équipe change le monsieur d'étage afin qu'ils ne soient plus sur le même palier. Une partie de l'équipe semble radicalement opposée à cette décision, et contraire à leur valeur, ainsi ils témoignent du fait qu'ils ne participeront pas à leur séparation. Les avis étant si partagés, je remarque vite que selon avec quelle équipe je tournais, les prises de décisions envers ces deux patients étaient différentes. En effet, celle du début de semaine par exemple, ne laissait, rien se faire, je me devais de les séparer à tout moment, afin qu'ils ne se croisent pas et même ne se voient pas. Pour l'équipe cette séparation stricte permettait qu'ils « *s'oublent* » et donc qu'il n'y ait plus cette relation. Cependant, en fin de semaine lorsque je me trouvais avec la nouvelle équipe, eux étaient d'avis de les laisser vivre leur amour comme ils le souhaitaient, alors nous les placions ensemble au repas, aux activités, et au salon. J'ai donc été au milieu de ce dilemme, en devant adapter mon comportement selon le changement d'équipe. Quand je réfléchissais, et que je pensais aux ressentis qu'ils pourraient avoir, je me disais que c'était horrible, ils pouvaient vivre leur amour pleinement le temps de 3-4 jours, puis ils devaient se séparer le reste du temps... Il est évident que cette situation ambivalente allait mener à un conflit au sein de l'équipe soignante. Malheureusement, je n'ai pas pu avoir le fin mot de l'histoire, étant donné que mon stage c'est fini.

3 Questionnements

Mon premier questionnement s'oriente autour de la prise en charge des résidents. Dans la situation, deux résidents ont une relation amoureuse, voire intime au sein de l'établissement. Néanmoins, cette situation pose une difficulté au sein de l'équipe soignante. Deux conduites bien distinguées sont adoptées par le personnel. Pour certains, il est impensable de laisser se faire la relation et pour d'autres, il est naturel qu'elle se vive. Au vu de cette opposition, je me demande comment est-il possible qu'il y ait une si grande différence de prise en charge selon le personnel en poste du jour. Est-ce que leurs décisions s'orientent en fonction de la culture, la religion, l'éducation de chacun ? Malgré tout, l'avis des résidents n'est en aucun cas recherché, ces décisions reposent exclusivement sur les choix différents de l'équipe. Naturellement, j'en viens à me questionner sur la notion de pouvoir, le soignant peut-il se permettre de choisir à la place du résident ? La liberté de choix est-elle abolie ? Peut-on encore parler de respect de la vie privée, de l'intimité mais aussi de la dignité ?

Si l'on se questionne sur les raisons qui influent les décisions de l'équipe, le transfert pourrait en être la cause, notamment à travers l'image que renvoie les résidents âgés aux soignants sur leur propre vieillesse et comment ils souhaiteraient la vivre. Ainsi le refus pour certains peut se traduire par un déni du soignant alors qu'il serait lui aussi potentiellement confronté à cette situation et pourrait avoir envie d'une relation tendre, charnelle, sexuelle.

La notion d'âge peut être prise en compte lors des prises de décisions. En effet, le fait que les résidents soient âgés changent-ils le regard des soignants face à la sexualité ? S'ils étaient plus jeunes, cela ne dérangerait pas ? Vieillir est-il synonyme, de perte de choix, de désir, de besoin sexuel ? En quoi la vieillesse pourrait influencer la vision de la sexualité de ces résidents par le personnel soignant ?

D'autre part, j'aimerais me pencher du côté des résidents, en essayant d'imaginer ce qu'ils auraient pu ressentir lorsque le personnel les a séparés du jour au lendemain, puis les a réunis de nouveau quelque temps après. Lorsque que deux personnes se retrouvent seules dans une institution du jour au lendemain sans repère et que l'autre en devient un, nécessairement un lien se crée. Ainsi, cette relation semblait être pour eux une évasion, une motivation, un repère, comme un second souffle. La séparation de ces deux résidents engendrée par les soignants a potentiellement causé une perte de repères importante et a impacté considérablement la visée thérapeutique que crée cette relation, à travers les activités, les soins... Qu'en est-il de l'impact que les actions des soignants peuvent avoir, de manière irréversible, sur la relation thérapeutique ?

Lorsque l'on évoque la relation autour de deux êtres, l'intimité semble prendre place, mais peut-on vraiment parler d'intimité en institution ? Il est vrai que celle-ci est déjà atteinte lors des soins quotidiens. Les résidents se mettent à nu devant le soignant afin de réaliser la toilette par exemple, leur intimité est donc modifiée dès l'entrée en institution. Ils ne choisissent pas leur chambre, ni la décoration, ni le rythme de vie, ni les personnes qui les entourent. Par conséquent, l'intimité est-elle forcément rompue lors d'une entrée en institution ? Peut-on encore parler de vie privée ? Est-il possible de conserver la dignité du résident ? Comment peut-on envisager de concilier leur vie privée et intimité sexuelle, tout en respectant le cadre formel de l'institution ? Y'a-t-il une limite ? Est-elle propre à chaque soignant ? Ou serait-elle commune à tous ? Dans quelle mesure les résidents peuvent être entendus sur leurs besoins

sexuels et intimes ? Les valeurs et les perceptions des soignants peuvent être heurtées par une personne âgée à la recherche de relations sexuelles.

Si on s'interroge sur la relation sexuelle en elle-même, à laquelle ces deux résidents veulent accéder, je me demande si c'est réellement un besoin sexuel ou seulement de l'affection, de la tendresse.

Enfin, un questionnement important se fait autour du consentement de ces deux résidents, au vu des troubles cognitifs légers mais existants qu'ils présentent. On peut se demander si le consentement est respecté au sein de la relation ? Les troubles cognitifs favorisent-ils le rapprochement, ou même une certaine désinhibition ? On peut se demander si l'acte sera plus « facile » à faire ? Les troubles cognitifs peuvent-ils mener à l'innocence de la personne, un amour enfantin...

4 Question de départ

Pour ce travail, la question de départ sera :

« En quoi la recherche du consentement chez des patients ayant des troubles cognitifs influe la relation soignant-soigné ? »

5 Cadre de référence

5.1 Consentement

5.1.1 Législation

En matière de législation, le consentement fait écho à l'accord que donne le patient, avant de recevoir un soin, une thérapeutique. C'est donc un aspect général de la notion, qui semble primordial d'être exploité, puis celle-ci sera recentrée sur le consentement dans la relation entre deux êtres.

Selon le code de la déontologie médicale, « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui impose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » (article 35). Aussi, il stipule que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » (article 36). Mais encore, la loi relative au consentement du patient est reprise dans l'Article L1111-4 du Code de la Santé Publique et stipule : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Également, le code déontologique des infirmiers, la charte du patient hospitalisé, ainsi que le code civil, reprennent ces mêmes notions.

Dans la situation d'appel, les deux résidents présentent des troubles cognitifs, ceci pouvant impacter leur consentement face à la situation. En effet, d'un point de vue législatif, le consentement doit être recherché à tout point de vue, que ce soit dans les soins, ainsi que dans les relations naissantes entre les résidents comme dans le cas présent. Le consentement est donc favorable lorsque la personne exprime clairement qu'elle est d'accord, et surtout qu'elle possède toutes ces capacités cognitives pour faire son choix.

5.1.2 Définitions

Philippe Merlier exprime dans son livre « *philosophie et éthique en travail social* » (2013), une définition du consentement : « *Il désigne un accord, une conformité ou une uniformité*

d'opinion. Comme la permission ou l'agrément, le consentement est lié à des actions de la vie quotidienne où l'événement dépend en partie de nous, en partie de la volonté des autres. Le consentement en tant que conformité de sentiment, veut dire qu'on tombe d'accord avec celui qui demande le consentement. Consentir à deux sens : il peut signifier accorder, autoriser, se prononcer en faveur de quelque chose, accepter que quelque chose se fasse ; ou se rendre à un sentiment ou à une volonté d'autrui. Le problème est celui de la place de la libre volonté dans le consentement. Par exemple, que vaut le consentement pour un sujet qui n'a pas le plein usage de toutes ses facultés mentales, psychiques ou physiques ? Comment s'assurer que son consentement n'est pas un faux choix ? La personne choisit-elle librement d'accepter ou bien le consentement n'est-il qu'un protocole qui donne une bonne conscience au professionnel dans une hypocrisie partagée ». Ces questionnements apparaissent dans l'ouvrage : « Philosophie et éthique en travail social » de Merlier, P. (2013), ils permettent une réflexion cette fois-ci sur l'influence des troubles cognitifs dans le consentement.

Par ailleurs, le consentement sexuel indique l'accord qu'une personne donne à son partenaire pour participer à une activité sexuelle. Cet accord peut être donné par des paroles, des gestes ou bien les deux. Le consentement doit être clair et respecté : il faut toujours s'assurer que son partenaire est consentant. Dans son ouvrage « *L'enjeu du consentement. Raisons politiques* » (2012), l'auteur F. Matoni stipule, un vocabulaire moral contemporain, qui lie le consentement et la sexualité, est donc le produit d'une histoire occidentale, ainsi que la sexualité, désormais définie, normativement et culturellement, comme une action réciproque.

5.1.3 Le consentement au centre de la relation entre deux êtres

Une relation, se constitue d'au moins deux personnes, autour d'un même but et d'une même volonté. En effet, pour que la relation fonctionne, le consentement de chaque personne est attendu. Or, dans la situation d'appel, on peut se demander si le consentement des deux résidents a vraiment été recherché, par l'équipe soignante. Il est connu, que pour certaines personnes, le consentement n'est pas demandé, le choix ne leur appartient plus, d'autres personnes peuvent en venir à choisir à leur place, faisant passer la vieillesse comme justificatif. Choisir à la place d'une personne, peu importe l'âge, pouvant mener à une forme d'infantilisation, dans le sens où la personne est montrée comme incapable de faire seule ces

choix. Kant illustre le fait l'homme ne doit pas prendre la place de l'autre : « *L'humanité est, elle-même, une dignité : en effet, l'homme ne peut être utilisé par aucun homme (ni par d'autres, ni même par lui-même) simplement comme moyen, mais doit toujours être traité en même temps comme fin. Et c'est en cela que consiste précisément sa dignité* », dans l'ouvrage *Métaphysique des mœurs, doctrine de la vertu* (1993). Ici Kant met en lien son propos avec la dignité. Il est évident que la dignité de l'homme passe par sa liberté de choisir et donc le respect de son consentement.

5.1.4 De l'intimité à la sexualité, le consentement est-il respecté ?

L'intimité semble être un concept de base lorsqu'on évoque une relation charnelle entre deux êtres. La situation présentée soulève de nombreux questionnements quant au respect de celle-ci. Tout d'abord, l'institution, étant un lieu de santé, où la sphère privée ne semble plus exister, notamment pour le choix d'une chambre, le choix de la décoration, le choix de son mode de vie. Comment peut-on conduire une relation privée entre deux êtres, lorsque le contexte ne le permet pas ?

Mais finalement, qu'est-ce que l'intimité ? Le dictionnaire français le Larousse, définit cette notion comme « *un caractère de ce qui est intime, profond, intérieur* ».

Préserver l'intimité de la personne elle-même et celle avec qui elle est en relation peut être bénéfique, au vu du contexte de l'institution, garder un minimum de jardin secret est important. En effet, S. Tisseron, dit : « *C'est à la fois son jardin secret et l'inconnu de soi sur soi. Le droit d'avoir une intimité est essentiel pour chacun d'entre nous, et cela, aussi bien du point de vue de son développement psychique que de l'organisation sociale* »

Souvent, la notion d'intimité fait référence à l'intimité sexuelle, de ce fait, il me semble pertinent d'exploiter cette autre notion.

Concernant la sexualité, celle-ci peut s'entendre de différentes façons, selon comme chacun le vit, le ressent et l'accepte. Mais d'une manière générale, « *la sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir...* ». C'est l'écrivain R. Courtois qui le cite ainsi, mais c'est un point de vue général et assez idyllique. Par exemple, l'auteur A. Gianni apporte une version de la

sexualité différente de celle générale, dans son ouvrage « *Le journal des psychologues* » (2007). Ainsi, il déclare : « *Contrairement aux théories développées tout au long du XIXe siècle par les médecins et les psychiatres qui considéraient que la nature et la finalité normale de la sexualité résidaient dans la procréation et que la recherche exclusive du plaisir au travers de l'activité sexuelle constituait une forme d'aberration ou de perversion, ces quelques rares auteurs ont commencé à penser que la sexualité était une composante importante, et sinon fondamentale, du bien-être et de l'épanouissement individuel, et que la satisfaction de la pulsion était la finalité normale de la vie sexuelle* ». On peut donc se demander si dans notre situation, les deux résidents ne recherchent pas seulement un besoin machinal et non pas un désir sexuel.

Dans la situation, le sujet de la sexualité n'est pas accepté par tous les soignants de la même façon. Cet écart peut-il s'expliquer par l'âge des patients. En effet, ils ne semblent plus être en âge de pouvoir procréer, cela voudrait-il dire, qu'ils ne peuvent plus avoir de sexualité ? La sexualité ne s'entend que pour un certain âge et un certain but ? Celui de procréer. Le désir n'est-il plus existant passé un certain âge ?

De ce fait, on observe une certaine complexité lorsqu'il s'agit d'associer la sexualité à la personne âgée. Une citation de Manoukian fait un lien au sujet, il dit « *à travers les âges de la vie, la sexualité est une réalité permanente, complexe et diverse* » (2011). Il affirme donc que la sexualité demeure importante peu importe l'âge, et le désir est constant.

5.1.5 Les freins pouvant altérer la prise en charge

Selon Ribes, il y a « *trois adversaires potentiels de la sexualité repérables en institution : les professionnels, la famille, les résidents* ».

Les professionnels sont au premier rang face à l'intimité des résidents. Ils sont dans l'obligation d'entrer dans l'intimité physique des résidents, par leur dépendance, même si celle-ci se montre légère. Le consentement n'est pas toujours respecté lorsqu'il s'agit d'entrer dans la chambre du résident. Le fait de toquer à la porte, sans forcément attendre l'autorisation d'entrer, fait office de consentement du patient. Or si par exemple, un patient seul ou accompagné désirerait un moment intime, il ne sera pas possible de le réaliser, au vu d'une intrusion d'un soignant, possible à tout moment. C'est donc le cadre intentionnel, qui empêche en quelque chose une intimité totale du résident.

La famille quant à elle, se montre « *décisionnaire* » pour la prise en charge du résident. C'est elle qui gère la plupart du temps les finances du patient, c'est elle qui prend des décisions d'ordre administratif ou même sur la santé de leurs parents. Il y a donc une infantilisation du résident et un échange du rôle parental avec celui des enfants. La famille est mise au courant de tous les faits qui ont pu se passer au sein de l'institution, ils peuvent donc être potentiellement dans la confiance de la sexualité de leurs parents. Ceci pouvant générer un sentiment de gêne tant pour les parents que pour les enfants. En l'occurrence, la fille de Mr C, n'avait pas encore été mise au courant, c'est elle-même qui a constaté les faits, induisant un fort sentiment de colère. Peut-être que le fait d'avoir surpris de ses propres yeux, son père en compagnie d'une autre femme, en intimité, lui a provoqué un choc ? Si la fille n'avait pas vu la scène, et aurait simplement été informée de la situation, aurait-elle changé d'avis ? Tout compte fait, la fille explique qu'elle ne peut pas supporter de voir son père en compagnie d'une autre femme, son avis négatif avait donc été transmis à l'équipe, influant forcément sur la suite de la prise en charge. Une fois de plus, le consentement du père n'est pas pris en compte par sa fille, elle n'a pas écouté ses désirs et ses volontés.

Les derniers adversaires sont les résidents eux-mêmes. Ils sont prisonniers de leurs corps vieillissants, devenant dépendants des professionnels de santé pour pouvoir subvenir aux besoins fondamentaux comme s'alimenter, s'hydrater, avoir une bonne hygiène corporelle.

Nous constatons donc qu'avoir une sexualité avec son partenaire en institution semble difficile car les problèmes rencontrés par chacun des adversaires entrent sans cesse en interactions. Une relation qu'elle soit simplement tendre ou bien sexuelle, peut apporter de l'enthousiasme aux résidents. L'institution amène un rituel, une lassitude, en quelque sorte, ils savent d'avance qu'ils entrent ici, mais n'en sortiront plus et sont donc destinés à finir leurs jours ici. M Dorange cite : « *les établissements d'accueil pour personnes âgées sont encore associés à l'idée d'hospice, et de mouvoir* ». Alors, si pour ces dernières années, ils peuvent recevoir de l'affection, de la gaieté, du bonheur, voire de l'amour, pourquoi les en empêcher ? Pourquoi interdire un des seuls plaisirs qui peuvent leur rester ? Pour Mr C, outre le fait qu'il trouvait en cette relation un réel centre d'intérêt, une motivation, on a aussi pu remarquer un bienfait thérapeutique. En effet, il se montrait dans le refus de la prise de traitement avant cette relation, depuis celle-ci, il s'est montré coopérant aux soins, dans l'échange et dans la participation. Peut-être faisait-il ça en espérant un retour positif de l'équipe soignante, qui le laisserait vivre sa relation avec Mme F comme ils le souhaitent.

5.2 Troubles cognitifs

5.2.1 Définitions

La haute autorité de santé, les définit comme une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse...

Dans la situation, la présence ou non de trouble cognitif est importante à évaluer. Or, les deux résidents présentent de légères incohérences, mais pas de troubles significatifs pouvant être assignés à une pathologie. Néanmoins, comment peut-on juger, si des troubles mêmes légers, n'ont-ils pas influencé leur consentement et leur comportement ?

Certes, de légers troubles se manifestent, mais de nombreux éléments permettent de penser que la relation est consentie entre les deux résidents. Notamment, lorsque l'on remarque, qu'ils s'appellent tous les deux par leurs prénoms, ils arrivent à repérer la chambre de l'un et l'autre pour pouvoir se retrouver. Ils évoquent, la notion d'hôtel lorsqu'ils demandent à dormir ensemble. On peut se dire qu'ils ont la conscience assez claire de ne pas s'exposer au milieu du lieu de vie, et ni dans leurs chambres, cela leur a été interdit.

5.2.2 La prise en charge

L'être humain qui souffre de troubles cognitifs peut s'épanouir, même à un stade sévère, s'il est considéré comme une personne à part entière se nourrissant de relations interpersonnelles propices à son développement. Malgré l'apparition de lésions neuronales ou cérébrales, malgré l'imprécise sensation personnelle d'absence de conscience, la personne conserve ses qualités d'être humain et son droit au respect et à la dignité. La relation qui s'initie dans un contexte thérapeutique, ou d'accompagnement, est essentielle, les soins retrouvent leur sens. Cette relation thérapeutique caractérise l'essence des soins centrés sur la personne et mérite d'être définie avec précision. Les soignants et accompagnants de personnes souffrant de troubles cognitifs sévères bénéficieront eux aussi d'une relation interpersonnelle porteuse de sens et d'humanité.

B. McCormak, décrit quatre concepts nécessaires aux soins centrés sur la personne : « *être en relation, être dans un monde social, être attentif au milieu du soin, être présent au soin* ». Cet

auteur valorise une prise en charge personnalisée du patient, afin que celui-ci soit acteur de ces soins. Au vu de la situation présentée, il est important de recueillir les souhaits des résidents concernés, afin qu'ils soient décisionnaires de leur prise en charge, malgré les troubles cognitifs présents.

Le premier concept que je vais aborder est l'autonomie, elle est définie par la capacité à se gouverner soi-même. « *Elle présuppose la capacité de jugement, la capacité de prévoir et de choisir et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs.* » (Briand, 2020, p. 97). Il existe différentes formes d'autonomie : autonomie physique, psychique, sociale et juridique. Selon sa forme, l'autonomie peut être soit partielle soit totale. Dans notre situation, les deux résidents semblent présenter une autonomie partielle que ce soit physique, psychique, sociale ou juridique. Néanmoins, l'autonomie est souvent confondue avec l'indépendance. L'indépendance est « *la capacité à faire seul* ». À l'inverse, la dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie. Or, les deux résidents ne sont pas autonomes totalement, mais ne sont pas non plus dépendants totalement. Une prise en charge adaptée permettra de mobiliser les capacités de chacun, afin de préserver l'autonomie restante. Pouvoir stimuler une personne à effectuer des gestes de la vie quotidienne qu'elle maîtrise, permet alors de conserver sa dignité. La personne se sent fière d'elle et se rend compte qu'elle sait faire des choses seule, c'est seulement un accompagnement qui lui est proposé. Ainsi, la dignité est aussi un concept important à mettre en avant. « *On ne peut pas disposer à la fois de la dignité et décider qu'on l'a, qu'on l'a plus ou moins, ou qu'on ne l'a plus... La dignité s'éteint avec la personne, mais ne s'estompe pas progressivement au fil de la vieillesse ou de la maladie. La dignité n'est pas biodégradable.* » (Mattei, 2009, p. 224). Cette citation indique clairement qu'une personne possédera, tout au long de sa vie, et quoi qu'il arrive, une dignité qui lui est propre.

En laissant exprimer leurs envies, leurs désirs, leurs comportements, les deux résidents sont heureux. Finalement, on retrouve une certaine autonomie dans le choix de leurs relations. Le fait d'être entendu dans ce choix, est une prise de considération des résidents par l'équipe soignante, la dignité est respectée. La notion de dignité joue donc un rôle de repère et donne du sens à nos pratiques soignantes.

Un retour sur la notion d'intimité semble nécessaire lorsqu'on évoque la prise en charge d'un patient. Ci-dessus, l'intimité sexuelle était évoquée, désormais j'aimerais me pencher sur un autre aspect plus général de cette notion. L'intimité relève en quelque sorte du domaine privé que ce soit sur la sphère sociale, sentimentale, professionnelle, personnelle et sexuelle. C'est en quelque sorte notre jardin secret, ce que l'on ne dévoile pas, ce que l'on se dit à soi-même et que l'on ne souhaite pas partager avec quelqu'un. L'intime est finalement invisible, impénétrable et qui fonde l'individualité de chacun. Dans la situation, on observe que les deux résidents désirent garder cette sphère intime. En effet, ils se font discrets et souhaitent rejoindre un hôtel pour se retrouver et donc partager leur intimité, leur jardin secret à deux et non à la vue de tous. Ce comportement montre aussi une certaine pudeur de la personne. La pudeur est un sentiment de retenue, de gêne ou de honte qu'éprouve une personne. C'est tout à fait les cas des deux résidents, qui préfèrent se retrouver discrètement. Côté législatif, l'ANESM va dans ce sens, il indique : « *En collectivité, le risque d'atteinte à la dignité est multiplié par la proximité et le regard des autres. Alors que le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité, le respect de l'intimité corporelle est déterminant. Le respect de la vie privée suppose qu'elle soit protégée activement et que l'on prévienne ses éventuelles atteintes* ».

La prise en charge médicale semble intéressante lorsqu'on évoque la présence de troubles cognitifs. Seulement, les patients n'ont pas reçu d'évaluation spécifique qui aurait permis de les évaluer et donc de se positionner différemment dans la suite de la prise en charge. En effet, si des troubles cognitifs sévères avaient été identifiés, alors la question du consentement aurait été le maître mot des décisions. Ainsi, les troubles cognitifs peuvent altérer le discernement d'une personne et donc faire des actes qu'elle ne consent pas. L'évaluation est donc primordiale. En l'occurrence, l'équipe soignante juge les troubles cognitifs des deux patients, légers. Néanmoins, une évaluation médicale aurait confirmé les avis et nous assurer que la relation est bien consentie par les deux partenaires.

5.2.3 La place de la famille et du soignant

Pour les patients présentant des troubles cognitifs, nous pouvons nous interroger sur la place de la famille et des soignants dans la prise de décision.

La famille ici semble présente, notamment la fille de Mr C. Quant à la résidente, sa famille n'a pas interféré dans la situation donc je n'en parlerai pas. Lorsque la relation entre les deux résidents a été connue par la fille de Mr C, celle-ci ne l'a pas accepté, voire l'interdite. Mais quelle place à la famille, au sein d'une relation entre deux êtres majeurs et responsables ? Quel impact l'avis de la fille, va-t-il avoir sur la prise de décision de l'équipe pour la suite de la prise en charge des deux résidents ? Si l'on fait référence à la législation, le patient a des droits, notamment il a le droit de choisir ce qu'il désire. Un élément est à prendre en compte concernant la fille de Mr C, en effet celle-ci a été nommée par le résident comme personne de confiance. L'article L1111-6 du Code de la santé publique indique : « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne* ». Cette personne désignée, intervient donc que lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté, or Mr C a la capacité de l'exprimer. Le statut de personne de confiance, de la fille, lui permet-elle de s'opposer à cette relation ? Lui permet-elle d'occulter les désirs et besoins de son père ? On peut se demander si finalement c'est une bonne chose de désigner une personne de confiance, celle-ci peut dépasser ces droits et en abuser. Désigner une personne de confiance ne veut pas dire que le patient ne peut plus faire ces propres choix.

Dans le soin, on demande le consentement de la personne avant tout acte, si celui-ci est donné, alors on le respecte. Dans la situation, le consentement des deux résidents semble être donné, de par leur rapprochement l'un vers l'autre quotidien. Dans ce cas présent pourquoi ne pas respecter leur volonté, pourquoi ce choix reposerait sur la famille ou encore sur l'équipe soignante ?

D'ailleurs, les soignants, eux aussi apportent leurs jugements sur la situation. Mais ces jugements sont influencés par leur expérience de vie, leur culture, leur éducation... La prise en charge ne sera donc pas faite en fonction du patient, mais plutôt en fonction du point de vue du soignant. De fait, le soignant porte un regard différent lorsqu'il s'agit d'une personne âgée, plutôt qu'une personne dite plus jeune. M. Marzanno relève le fait que « *les médecins et naturalistes, tout au long des siècles ont envisagé la vieillesse comme une dégradation au travers de multiples pertes que subit le corps : perte de sens, de chaleur, d'humidité, de force* ». Cette citation accentue la vision que peut avoir le soignant d'un être vieillissant. Vieillir amène une impression de diminution du corps. Par exemple, une diminution de

plaisir, de désir, d'envie, de motivation, de dignité, d'estime de soi, d'autonomie... Cette image que l'on peut se faire de la vieillesse, influe forcément sur notre comportement et donc notre prise en charge, qui peut ne pas être forcément la meilleure et la plus adaptée.

D'autre part, on assimile souvent la vieillesse avec l'apparition de troubles cognitifs, entraînant pour les soignants, une prise de décision faite à la place de la personne concernée. Alors que de nombreux moyens peuvent être mis en place pour que la personne exprime sa volonté minimale.

Finalement, une relation asymétrique peut s'instaurer. Le patient se retrouve au centre avec la famille et les soignants autour de lui, qui dans certaines situations vont être décisionnaires de la prise en charge de celui-ci. Le patient a des besoins, qu'il exprime, les soignants ainsi que sa famille se doivent de les écouter et de les respecter. Certes, ils ne peuvent pas tous être acceptés, mais ils doivent au moins être entendus. Alors, cette écoute permettra d'adapter une posture de soignant, mettant en avant les réels besoins du patient, et non influencée par nos représentations personnelles.

5.2.4 La sexualité, comme bienfait à la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs ?

L'OMS apporte une approche positive de la sexualité comme source d'épanouissement. Elle apporte une définition de la santé sexuelle : « *La santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. La santé sexuelle, lorsqu'elle est considérée de manière positive, s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence* ». A travers cet aspect positif de la sexualité, on peut constater les bienfaits sur le comportement de Mr C. Certes la sexualité a une connotation assez différente lorsqu'il ne s'agit de personne âgée, mais des gestes de tendresse, d'affection peuvent être considérés comme tel. Le comportement de ce résident, s'est nettement amélioré, le rendant même joyeux depuis qu'il était proche de Mme F.

La Haute Autorité de santé appuie ce discours dans une publication récente sur le « *cadrage de la vie affective et sexuelle, dans le cadre de l'accompagnement des établissements et services sociaux/ médicaux-sociaux* ». Elle y explique que c'est un sujet tabou dans les établissements, induisant des pratiques professionnelles fortement hétérogènes. Elle relève que la plupart du temps c'est l'aspect négatif de la sexualité qui est souligné et notamment les risques ainsi que les effets indésirables qu'elle peut provoquer. Mais ce rapport allègue clairement le côté positif et indique qu'il est légitime d'intégrer la sexualité à l'accompagnement social et médico-social. L'HAS cite comme objectif principal : « *prendre en compte les besoins et attentes en matière de vie affective et sexuelle de la personne accompagnée dans son projet personnalisé et l'organisation de la structure* ».

5.3 Relation soignant / soigné

5.3.1 La relation

D'après A. Manoukian et A. Masseur, la relation se définit comme « *Une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Hartup, lui la définit comme : « *On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* ». De nombreuses définitions sont encore possibles concernant la relation, mais elles ramènent toutes à la même idée. Autre que dans le soin, la relation est la base de tout échange ou interaction avec l'autre. Au fil du temps, celle-ci évoluera et se caractérisera selon le contexte auquel les interacteurs se trouvent.

5.3.2 La relation dans le soin

De façon générale, la relation s'établit dès les premiers instants, Manoukian & Masseur, expliquent : « *Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports*

d'information qui formeront le sédiment de la relation soignant/soigné ». Ainsi, avec les expressions du visage, le ton de parole, le vocabulaire utilisé, on arrive assez rapidement à entrevoir la personnalité de celui avec qui nous communiquons. Néanmoins la relation n'est pas fixée à ses premiers instants, elle peut évoluer au cours de la prise en charge dans le soin.

Selon Menaut (2009), la dimension relationnelle du soin correspond aux échanges verbaux et non-verbaux que nous avons avec le patient lorsque nous sommes en contact avec lui. C'est ce qui accompagne le soin technique, le soin de nursing, le soin de confort... La relation est souvent informelle, spontanée, sans objectif défini, sans démarche ou stratégie.

Toujours sur les propos de Menaut, il explique que les soins relationnels sont complexes à définir, mais il peut néanmoins apporter quelques affirmations. Par exemple, il cite : « *Un soin relationnel s'inscrit nécessairement dans un projet. Un soin relationnel s'accorde à des objectifs définis par l'équipe de soins pour répondre à la problématique de la personne. Il y a forcément écoute, identification des besoins, analyse, proposition d'action et évaluation par l'équipe de soins des principes qui vont guider cette relation* ». Clairement, l'auteur explique que le soignant doit entendre les besoins du patient ou encore leur problématique, qui est ici, de créer une relation.

Enfin, il appuie ces propos en indiquant : « *Un soin relationnel met en présence deux personnes. Lors d'un soin relationnel, ce ne sont pas deux fonctions ou deux rôles qui se rencontrent : un patient et un soignant. Ce sont deux personnes avec leur histoire, leurs limites, leurs vécus passé et présent qui se rencontrent et s'engagent dans un contexte particulier* ». A ces dires, on comprend qu'une relation n'est pas facile à établir dû à la singularité de chacun et à son vécu. Mais, il semble important de justement prendre en compte celui-ci, et essayer de faire en fonction, afin que la relation se déroule dans les meilleures conditions possibles.

5.3.3 Les mécanismes de défense du soignant

De nombreux facteurs peuvent influencer cette relation, notamment le transfert que peut nous faire le patient que nous prenons en charge. En effet, selon l'image que nous renvoie le patient, le transfert peut être soit positif soit négatif. Si celui-ci s'avère positif, alors la relation

sera agréable et bien vécue par le patient ainsi que le soignant. A l'inverse, si le transfert se montre négatif, il influera péjorativement sur la prise en charge réalisée par le soignant. Celui-ci peut alors développer des mécanismes de défense. Ils permettront aux soignants d'occulter le transfert et de se protéger face aux émotions qui peuvent apparaître. Ils sont mis en place afin de gérer les affects, les jugements de valeur, les états d'anxiétés, de peur, de comportement inadapté, voire incontrôlé. Principalement, on retrouve : l'évitement, le soignant adopte un comportement de fuite pour ne pas être face à une situation difficile. Dans la situation, certains soignants évitent le contact direct avec les résidents, évitent aussi leur regard, afin de ne pas se confronter à leur demande et de devoir donner une réponse. Tout comme l'évitement, l'esquive est un mécanisme de défense qui consiste à ne pas entrer en contact relationnel avec le patient, esquiver la confrontation. En quelque sorte, le soignant ne fait que différer la demande du résident, en indiquant qu'il n'a pas le temps, ou qu'il s'en occupera ultérieurement ou qu'il doit se diriger vers un autre soignant. C'est exactement ce qu'il s'est passé dans la situation, aucun membre de l'équipe n'a donné de réelles réponses aux résidents, chacun détournait le problème. Enfin, l'un des mécanismes souvent identifiés et notamment dans la situation, est le mensonge. Il se repère lorsque certains soignants transmettent un discours positif quant à l'acceptation de la relation, sachant que celle-ci sera interdite par la suite, selon le personnel. Le mensonge permet de déplacer le problème, voir le taire, mais malheureusement ils laissent les résidents avec un espoir, qui ne sera jamais possible. D'autres mécanismes de défense existent et ont été initiés chez les soignants, mais j'ai cité les principales face à cette situation.

5.3.4 Les représentations des soignants

Pour les soignants, la sexualité peut être un tabou, un sujet gênant, que l'on aimerait éviter, ne pas y être confronté.

Alors qu'en est-il de la représentation des soignants face à la sexualité des personnes âgées ? Dans la situation exploitée, on remarque que celle-ci dérange, si certains soignants laissent les choses se faire, pour d'autres la seule solution semble être de séparer le couple afin qu'ils ne se rapprochent pas et donc que l'équipe ne soit pas confrontée au problème. Ils ont un comportement évitant.

Thibaud a., & Hanicotte c, sont deux psychologues cliniciennes qui ont rédigé un article questionnant la représentation des soignants sur la sexualité des sujets vieillissants. Elles ont constaté que la « *majorité d'entre eux reconnaît l'existence et le droit à une sexualité. En revanche, l'expression de celle-ci ne peut être qu'affective [...]* ».

Généralement, les soignants traduisent l'existence d'une sexualité chez les personnes âgées, à de simples sentiments, de la tendresse et des émotions, bien plus que l'acte sexuel à proprement parler. Pour autant, les deux auteures remarquent que « *la plupart des soignants interrogés affirment être confrontés régulièrement voire quotidiennement à des situations en lien avec la sexualité.* ». On peut constater que les soignants sont dans le déni, vu qu'ils sont confrontés à ce genre de situation quotidiennement, mais ne l'acceptent pas et le refoulent. Dans ce même sens, les deux femmes citent : « *la sexualité n'est pas une évidence pour l'ensemble des soignants* ».

L'étude des deux psychologues a relevé les réactions des soignants face à une situation où des actes sexuels ont été réalisés par des résidents, les réactions sont diverses et discordantes : « *gêne, surprise, bienveillance, attitude répressive, dérision, ironie ou déni* ». On remarque que la plupart des réactions ont une connotation négative.

Tout compte fait, on en revient à la relation asymétrique, mais ici, plus particulièrement entre le soignant et le soigné. En effet, « *La relation asymétrique soignant/soigné, où l'un est en position de connaissance et l'autre de demandes et de souffrances, doit nous rappeler à tout instant que le patient par sa particularité de cette relation ne doit pas passer du statut de sujet à celui d'objet de soins.* » (Hecquet, Nuytens, 2011, p.39). L'un demande, l'autre donne. Dans la situation, les patients sont en demande de pouvoir vivre librement leurs relations amoureuses, quant aux soignants, ils sont maîtres de les laisser faire ou non, ils ont un pouvoir décisionnaire.

Aujourd'hui, la sexualité des personnes âgées en institution, ou ailleurs, reste un tabou. Il semble impensable aux yeux de la majorité de la population que deux êtres s'approchant de la fin de leur vie puissent ressentir des envies, des besoins et des désirs sexuels. Les mentalités sur le sujet évoluent, mais aucune décision concrète n'est arrêtée.

5.3.5 Relation de confiance

Finalement, on remarque que la relation soignant-soigné permet de conduire une relation de confiance, elle fonde un « lien particulier », d'après Bourgeon.

M. Marzano, dans son ouvrage, *Eloge de la confiance*, cite : « *faire confiance c'est toujours prendre un risque. L'intelligence est de comprendre qu'en ne faisant jamais confiance on prend un risque encore plus grand : celui de se condamner à une vie sans amour. La confiance est donc aussi dangereuse que fondamentale* ». Cette définition, appuie l'idée de la fragilité de la confiance que l'on peut accorder. En tant que soignant, il est de notre devoir de tout faire pour créer un climat de confiance auprès de la personne soignée et de son entourage. Le plus important est de pouvoir la conserver tout au long de la prise en charge.

Cette définition se complète avec une citation d'Alexandre Jollien, dans son livre *Le petit traité de l'abandon*. Il cite : « *C'est en faisant chaque jour toujours un tout petit peu confiance à la vie que, peu à peu, la confiance se découvre. Il ne s'agit pas d'importer la confiance, mais de voir qu'elle est déjà en nous* ». Il est nécessaire d'accompagner la personne afin d'obtenir sa confiance, en respectant sa singularité.

Lorsqu'une relation est naissante entre deux personnes vivant dans une même institution et entourées de soignants, la confiance d'eux envers nous est primordiale. Ils nous font confiance en exprimant leur relation, en espérant pouvoir la vivre tranquillement et sereinement sans que nous ne mettions des barrières. Le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance. De ce fait, s'il n'y a pas de relation il ne peut pas y avoir de soin.

La relation de confiance se traduit notamment par la relation d'aide. L'auteur C. Rogers dans ces écrits, indique trois conditions primordiales à la relation d'aide. Tout d'abord il cite la congruence, autrement dit, c'est « *la capacité du soignant à être à l'aise avec la complexité de ses sentiments et de ses pensées, tout en restant attentif à sa façon de s'exprimer devant le patient. Grâce à la concordance de ses dires et de ses gestes, le soignant pourra être en parfait accord avec lui-même lors de la relation d'aide avec le patient* ». Ce concept, nous renvoie directement à la situation présentée, en effet on retrouve une complexité des sentiments et des pensées que peuvent ressentir l'équipe soignante face à la demande des deux résidents. Comme le cite Rogers, il faut apprendre à être à l'aise avec cette complexité et de ce fait, adapter sa prise en charge. L'auteur cite en quelque sorte, l'authenticité du soignant

face au patient. La condition suivante à la relation d'aide est l'empathie, Rogers dit : « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* ». Avec cette définition, on peut penser que le soignant aurait pu se mettre à la place des deux résidents afin d'essayer de comprendre ce qu'ils ressentent, et ce besoin qu'ils ont d'être ensemble. Cette notion est aussi indispensable au fonctionnement de la relation d'aide. Enfin, la considération positive est citée par l'auteur comme dernière condition à cette relation. Elle s'explique par le fait « *d'accueillir tous les sentiments du client avec équanimité, c'est-à-dire sans hiérarchie particulière entre le négatif et le positif* », il ajoute aussi « *le regard positif implique envers le client, personne à part entière, libre de ses sentiments et de son vécu, une affection empreinte de chaleur, sans possessivité ni égoïsme* ». Ici, Rogers nous invite non seulement à respecter le vécu du patient sous toutes ses formes, mais également à éprouver pour lui une considération positive qui ne soit pas entachée par les désirs ou les besoins personnels de l'aidant. Cette notion est donc au cœur de notre situation, effectivement si l'aidant n'était pas influencé par ces choix personnels alors, les deux résidents auraient pu vivre leur relation librement, sans contrainte. Le soignant se doit d'accueillir le sentiment de l'autre sans apporter de jugement. Ceci implique l'acceptation totale de celui-ci sans critères moraux, éthiques ou sociaux.

Malgré tout, le fait que certains soignants ne suivent pas la volonté des deux résidents, endommage l'alliance thérapeutique qui était créée auparavant.

5.3.6 L'institution comme bouclier à la relation soignant/ soigné

Tout d'abord, l'aspect juridique des droits des patients en institution, concernant leur sexualité, est à aborder. Selon C. Ponte, dans son article Soins aides-soignantes évoque : « *la personne âgée en institution, a droit au respect de sa vie privée, et la sexualité entre dans ce cadre. A partir du moment où les relations sont discrètes et ne perturbent pas la vie en collectivité, quel argument pourrait-on mettre en avant pour les interdire ? Dans aucun texte, il n'est retrouvé d'âge limite, ni minimum ni maximum, en ce qui concerne les relations sexuelles* ».

Le rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, datant de 2021, déclare : « *il important de souligner que la vie affective des résidents n'est pas prise en considération. Très peu d'établissements offrent une prise en charge adaptée à la vie de couple. Le manque de chambres doubles ou de places au sein d'un même établissement conduit trop souvent à un hébergement séparé des conjoints* ». Dans cet article, les auteurs dénoncent l'architecture de l'institution qui ne serait pas adaptée aux couples. En effet, Mr C et Mme F résident dans deux chambres individuelles, avec lit simple. On remarque, que ces deux personnes, cherchent à passer du temps ensemble, et de préférence dans un lit, pour qu'ils puissent répondre à leurs besoins. Outre l'interdiction de la famille, des soignants, même les locaux empêchent la relation. Finalement l'institution est-elle un lieu de vie ou un lieu de soins ?

Aussi, lorsque l'avis sur la situation a été demandé à la cadre de santé, celle-ci revient sur la loi, en expliquant que l'institution ne permet pas les relations sexuelles, sous l'indication que c'est un lieu public, partagé de tous. Néanmoins, en m'intéressant aux autres résidents, j'ai pu constater que dans ce même établissement, trois couples étaient reconnus et acceptés. D'autant plus, que pour ces personnes des chambres doubles avaient été mises à disposition, afin de conserver leurs relations. Eux avaient le « *droit* », je me suis questionnée auprès de l'équipe, pourquoi certains et pas d'autres ? Une réponse claire m'a été apportée, « *ces résidents sont en chambre double car ils l'étaient déjà avant d'entrer en institution, il va de soi de conserver leur intime* ». Après ces propos, j'en déduis que des couples ne peuvent pas se créer, se former au sein de l'établissement. Mais pourquoi l'institution autorise, met en place des moyens pour certains et pas pour d'autres. De plus, les soignants semblent moins déranger d'une relation charnelle voire sexuelle d'un couple « *reconnu* » plutôt que d'un couple « *naissant* ».

Est-ce l'institution ou l'âge des résidents qui pose un problème ?

5.4 Synthèse du cadre de référence

Le cadre de référence s'est axé sur trois notions pillées, le consentement, les troubles cognitifs ainsi que la relation soignant soigné.

Devoir rechercher le consentement de la personne, relève d'une forme d'obligation pour le soignant, clairement renseigné sur des lois relatives à celui-ci. Avant de pouvoir le respecter, celui-ci relève de diverses définitions, qui permette de lui donner du sens et de ce fait l'appliquer. D'autre part, cette notion, s'applique en tout et pour tout, notamment lorsqu'on met en jeu la sexualité. En effet, on peut concrètement rattacher le consentement à la relation sexuelle. L'un ne va pas sans l'autre, si tel est le cas, cela peut relever d'un acte pénal. De ce fait, à tout niveau le consentement doit être systématiquement recherché pour toute situation.

Par la suite j'évoque les troubles cognitifs. Ce n'est pas le hasard si ces deux éléments se suivent. En effet, les troubles cognitifs chez une personne peuvent altérer le discernement de celle-ci et donc impacter le consentement. C'est alors une prise en charge toute particulière pour ces personnes, qui sont malgré elles, beaucoup plus vulnérables, dans certaines situations. Lorsque les capacités cognitives sont altérées, le consentement est alors lésé, et trop souvent tenu pour acquis, alors qu'il ne l'est pas. Lorsque l'on prend l'exemple d'une relation naissante avec des personnes possédant des troubles cognitifs, ceci pose un problème. En effet, nous ne sommes jamais sûres que la relation soit quelque chose de vraiment voulue et peut-être que la désinhibition induite par la pathologie, prend le dessus. Ce genre de situation implique trois acteurs, le patient concerné, le soignant qui participe à la prise en charge et surtout la famille, qui se voient décisionnaires des faits et gestes du patient vulnérable. La place de la famille, pose encore à l'heure actuelle, beaucoup question.

Enfin, aborder la relation soignant / soigné, c'est aborder tous les aspects d'une relation de base, l'aide, la confiance, le respect... Elle engage au soignant, un échange, un partage avec le patient, pouvant mener au transfert de l'un à l'autre. Le transfert chez le soignant, peut réellement impacter la prise en charge qu'il réalise. C'est dans ce sens que le soignant instaure des mécanismes de défense, afin de se protéger des émotions qui pourraient l'envahir. Néanmoins le soignant reste un humain, et peut s'autoriser à ressentir certaines choses, ce peut être même positif, mais garder une juste distance professionnelle reste primordiale.

6 Enquête exploratoire

6.1 Outil utilisé

Pour mon enquête, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* » (Lincoln, 1995). Cette méthode qualitative est pour moi, le meilleur moyen de comprendre l'expérience vécue du soignant à travers l'observation et les récits. Ces entretiens m'ont permis de confronter les différentes pratiques soignantes, mais également de les mettre en lien.

6.2 Population choisie

Concernant le personnel soignant interrogé, j'ai fait le choix qu'il soit mixte. En effet, il se compose de quatre infirmières et deux aides-soignantes. Ces deux catégories de professionnelles effectuent une prise en charge différente mais complémentaire. C'est la raison pour laquelle, il m'a semblé pertinent de recueillir leurs propos concernant ma thématique. Aussi, l'âge du personnel diffère et peut permettre la comparaison, de par une expérience différente.

6.3 Lieu d'investigation

A propos du lieu d'investigation, il concerne exclusivement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. J'ai pu en explorer deux différents, selon les établissements les méthodes de travail et les prises en charge divergent, de ce fait je trouve pertinent de pouvoir croiser les points de vue des différents soignants.

6.4 Guide de l'outil

En vue de réaliser l'enquête exploratoire, j'ai élaboré différentes questions portant sur les concepts exploités dans le cadre de références. Ces questions posées aux professionnels de santé me permettront de recueillir leurs témoignages afin de construire mon analyse.

Les questions sont les suivantes :

- ✚ Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?
- ✚ Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?
- ✚ Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?
- ✚ Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?
- ✚ Avez-vous quelque chose à rajouter ?

6.5 Analyse

6.5.1 Entretien par entretien

Afin de respecter le secret professionnel, les noms des établissements ne seront pas cités et les noms des professionnels interrogés seront modifiés

- Entretien 1 / IDE 1 (Lola)

Avant de commencer notre entretien, nous avons pu avoir un temps d'échange avec l'infirmière. Elle m'explique être tout juste diplômée de juillet 2020, et sa première prise de poste était dans l'EHPAD où elle se trouve actuellement.

Ma première question s'était portée sur la mise en place d'une relation soignant / soigné et ce qui entre en vigueur. Lola met en évidence la notion de temps, pour elle établir une relation, prend du temps. Elle met en lien, l'accessibilité des personnes, une relation peut prendre plus ou moins de temps, selon comment la personne est accessible, selon comme elle semble être prête à l'accepter, à l'accueillir. Elle cite une phrase marquante : « *mais ce n'est pas pour autant qu'ils sont en confiance* » (l.10). Ces termes nous montrent bien que l'IDE est

consciente qu'acquérir la confiance du patient n'est pas si simple et qu'il faut du temps. En parlant de relation, la question de la distance professionnelle m'a interpellé et j'ai demandé l'avis de l'infirmière. Elle met en avant que l'EHPAD soit un lieu de vie et que forcément l'attachement est plus propice, néanmoins elle sait garder la distance professionnelle.

La question suivante était en lien avec la première, en effet je lui demande, comment elle établit une relation soignant / soignée avec des patients ayant des troubles cognitifs, cette fois ci. Elle m'explique que leur cadre de santé a suivi une formation Montessori, et de ce fait les soignants suivent beaucoup les indications de celle-ci, quant à la prise en charge adaptée des patients. Elle témoigne se positionner avec un ton de voix bas, ne pas être agressif, parler tranquillement, être souriant, toujours rappeler qui ils sont, et surtout elle appuie sur le fait de « *répéter, répéter, répéter* » (1.31).

Ensuite, j'ai abordé la question de la place de la famille, au sein de la prise en charge. Naturellement Lola me dit que leur place est « *au centre* » (1.45) et que celle-ci « *doit être prévenue de tout ce qui se passe* » (1.46). Pour elle, la famille porte un rôle majeur dans la prise en charge, ce sont les repères du patient, un moyen pour celui-ci d'être rassuré. Elle ajoute que forcément la famille doit être intégrée au parcours de soin du patient, particulièrement en lieu de vie.

Puis, j'ai évoqué la notion de consentement, en demandant si celui-ci était systématiquement recherché. Dans son explication, je comprends qu'elle ne le recherche pas systématiquement, pour elle, lorsque le patient a dit oui une première fois, cela vaut pour toutes les autres. Elle insiste sur le fait que face à des personnes ayant des troubles cognitifs, il faut beaucoup plus expliquer ce que l'on fait systématiquement, pour ne pas braquer le patient.

Enfin, j'aborde la question de la sexualité. J'ai demandé à Lola, comment ils gèrent en équipe, l'éventuelle sexualité présente chez les personnes âgées en institution. Dans un premier temps, elle m'explique que cette vision est propre à chacune, pour laquelle, elle essaye de rester « *ouverte d'esprit* » (1.67). Elle ajoute un élément important, celui de la représentation, elle dit : « *d'une manière générale, qu'ils soient âgés ou pas, ce n'est pas facile de se confronter à la sexualité des autres* ». Lola relève sincèrement le côté tabou du sujet, c'est pour ça qu'elle ajoute par la suite le fait, que l'équipe préfère rigoler du sujet afin de dédramatiser celui-ci. Puis elle complète ces propos en soulignant le fait que, les décisions sont prises en équipes, mais celles-ci sont rares car pour eux il n'y a pas vraiment la nécessité

d'en faire des réunions...C'est banalisé, sous la justification qu'ils sont « *des êtres humains* » (1.75). Suite à ça, je lui demande si le consentement dans la relation entre les deux résidents est la priorité ? Lola affirme ma demande, et complète ces propos en indiquant : « *tant qu'il n'y a pas d'acte de désinhibition avec d'autres résidents non consentants, ça ne pose pas de problème. Du moment que les deux sont en accord sur ça, qu'ils le font en respectant l'intimité des autres, donc dans une chambre, loin des autres, on n'a même pas besoin d'en parler en réunion* » (1.77-79). Une fois de plus, l'infirmière et l'équipe banalisent le sujet et ne l'envisagent pas comme un tabou.

A la fin, je demande toujours si l'IDE aimerait rajouter quelque chose, ici Lola résume son discours par le fait, qu'il faut se mettre à la place de l'autre et de ne pas se sentir tout-puissant.

- Entretien 2 / IDE 2

Pour mon second entretien, j'ai pu interroger Livia, c'est aussi une infirmière tout juste diplômée de décembre 2022. Elle est entrée dans ce service début janvier, c'est aussi sa première prise de poste. Juste avant notre entretien, Livia me fait part de son hésitation à répondre à mes questions due à sa courte expérience dans ce service, ce sont ses mots. Malgré tout, elle a pu me répondre convenablement à chacune de mes questions. Avoir les témoignages d'infirmières jeunes diplômées avec un regard nouveau sur les pratiques me sera très utile pour comparer les expériences des autres infirmières et aides-soignantes.

Livia a reçu les mêmes questions que les autres soignantes. Concernant la relation soignant / soignée, Livia met en avant, la notion d'empathie, le fait que le patient soit autant épanoui que le soignant, tout en gardant la distance professionnelle. J'ai aussi échangé avec Livia sur cette relation, mais cette fois envers les patients ayant des troubles cognitifs. Elle m'explique, qu'elle ne fait pas vraiment de différence avec les personnes sans trouble et qu'elle essaye d'adapter son comportement à chacun, si elle n'y parvient pas, elle préfère laisser un autre professionnel, faire.

Au sujet de la famille et de sa place au sein de la prise en charge, elle aussi indique : « *ils sont concernés par la prise de décision* » (1.30). Elle me témoigne aussi, que parfois la famille n'est pas présente malheureusement, alors les soignants apportent une présence plus soutenue aux résidents.

La notion de consentement a été abordée par la suite, Livia me répond clairement qu'elle demande le consentement à chaque fois qu'elle va procéder à un acte. Si la personne ne donne pas son accord, alors elle ne le fait pas.

Une fois de plus, question de la sexualité chez les résidents a été évoquée, elle atteste que l'équipe n'est pas opposée à la chose, et qu'ils ne souhaitent pas les priver de ce qu'ils leur restent, leurs corps.

Enfin, Livia a tenu à conclure sur la notion de consentement qui pour elle, est primordiale dans ce milieu.

- Entretien 3 / AS 1

Pour cet entretien, j'ai fait le choix d'interroger une aide-soignante, je pense qu'il est important de recueillir leurs expériences, du fait de leur proximité importante envers les résidents. Julia est diplômée depuis 2018, et travaille dans la structure depuis 2019.

Pour Julia, établir une relation soignant / soigné passe avant tout par l'écoute et le toucher, c'est sa façon à elle de les rassurer et les mettre en confiance. D'autre part, elle essaye au mieux de répondre à leurs demandes, et de se rendre disponible au maximum. Aussi, elle reconnaît que la relation n'est pas toujours facile et que quelques fois, elle peut ne pas se créer, alors elle préfère passer le relais. Néanmoins, son expérience de quatre années, lui permet de dire qu'elle se sent à l'aise dans les prises en charge, puis qu'elle s'est attachée à certains mais qu'elle sait cependant, garder la distance professionnelle.

Face aux patients présentant des troubles cognitifs Julia, explique qu'elle essaye d'adapter son discours, afin de ne pas mettre celui-ci en situation d'échec. Elle s'appuie sur le fait, que lorsque les patients ont un discours peu cohérent, elle va quand même dans leurs sens afin de ne pas les contredire. Elle dit : « *on établit une discussion en fonction de lui* » (1.22), puis « *je m'adapte aussi à son niveau de pathologie* » (1.25). D'autre part, elle spécifie le mot « *familiarisé* » (1.27), pour qualifier le discours qu'elle emploie avec les patients.

Quant à la question concernant la place de la famille, Julia stipule que l'équipe accepte le fait qu'elle puisse participer à la prise en charge des patients, s'ils le souhaitent, notamment pour les moments de repas, activités... Puis lors d'une des questions suivantes, la notion de la famille est revenue, alors Julia évoque qu'elle peut être au courant des choses, néanmoins les

patients demeurent des adultes et pour elle, ils sont libres de faire ce qu'ils veulent tant qu'ils sont consentants. Finalement elle me fait part du fait, que si la famille ne demande pas, alors elle ne sera pas forcément informée.

Par la suite, j'ai demandé à l'infirmière si, lors de sa prise en charge, elle recherchait systématiquement le consentement. Elle me dit directement « *oui tout le temps* » (1.36), alors j'ai voulu en savoir plus. Elle traduit ces propos par le fait qu'elle demande toujours l'autorisation avant de réaliser un acte et respecte les choix et besoins du patient.

A propos du questionnement autour de la sexualité, Julia indique que c'est quelque chose de connu dans leur établissement, mais qui n'est pas forcément relevé par l'équipe. Elle appuie sur le fait que « *tant que c'est respectueux, que ça ne se sait pas trop, je suis pour* » (1.45). Puis elle revient sur un fait important, quand elle me dit, que l'équipe se sont rendu compte que certains patients avaient besoin de ça, peu importe leur âge. Dans ce sens, elle me fait part d'un exemple marquant, ainsi lors des soins d'hygiène, elle observe qu'ils ont besoin de stimulation.

Elle conclut sur deux notions importantes pour elle, qui sont l'écoute et le respect des désirs.

- Entretien 4 / IDE 3 (Emie)

Emie est une infirmière diplômée depuis 14 ans, présentant une belle expérience, notamment par son passage dans divers services tels que la chirurgie, la médecine interne, ainsi que la psychiatrie. C'est depuis septembre qu'elle a intégré cet établissement, avec un désir de prise en charge différente et un public nouveau.

Ma première question se porte sur la mise en place d'une relation soignant / soignée. Emie l'emploi sous une forme chronologie, tout d'abord ce sont les présentations, puis une analyse des besoins, suivis par des actes du rôle propre et prescrit. Aussi, le respect des souhaits de chacun, en particulier, lorsque la personne choisie ou non d'entrer en relation avec l'autre. Également, elle met en avant le fait que certains patients, comme les patients ayant des troubles cognitifs, n'ont pas forcément la capacité d'exprimer le besoin de relation et Emie en est consciente, elle sait l'analyser. En fin de compte, elle définit la relation comme un accompagnement, vers le maintien de l'autonomie. Elle ajoute que la confiance est « *essentielle à la base du soin* » (1.20). On comprend que c'est par son expérience, qu'elle a

plus de facilité à appréhender et mettre en place une relation. Dans son discours, elle trouve nécessaire de me signifier les points négatifs, justement de cette expérience. Elle expose le fait qu'avec le temps, le soignant peut, ne plus être à l'écoute et penser savoir la place de l'autre au vu de l'expérience, mais ce n'est pas le cas. En ce sens, l'expérience peut être mal perçue.

Pour revenir à la relation soignant / soignée, quand il ne s'agit de personnes ayant des troubles cognitifs, Emie signale que l'élément principal est l'écoute, ajouté à un discours verbal et non verbal, à un toucher, ce qui permet d'apaiser la personne. D'autre part, elle dit « *le fait de connaître le résident par son mode de vie, savoir comment il a vécu quand il n'était pas là, comment il vit quand il est ici, aide à l'accompagner et à l'apaiser* » (1.35).

Concernant la famille, Emie pense qu'il est important de prendre en considération la famille au niveau de la prise en charge, néanmoins elle maintient le fait que c'est au patient de choisir s'il désire que celle-ci soit impliquée ou non. La famille prend plus un rôle de soutien, elle aide, particulièrement pour connaître la vie passée du patient, elle cite les termes « *c'est un travail en collaboration* » (1.41).

D'autre part, Emie déclare qu'elle ne recueille pas forcément le consentement, pour elle, il est induit en fonction de l'attitude ou de l'expression du patient. Elle dit se questionner sur l'intérêt et la nécessité du soin qu'elle propose.

Une fois de plus, lorsque la question de la sexualité est abordée, l'infirmière stipule de ne pas avoir de tabou avec le sujet. Elle a mis en lumière une situation assez compliquée à gérer dans l'institution. Pour résumer, elle m'explique qu'un monsieur était en couple avec sa femme, donc partageait la même chambre, puis il s'avère que le monsieur présentait des besoins, des pulsions... Mais pour sa femme ce n'était pas le cas, elle n'était pas consentante aux actes, et monsieur se montrait insistant. Au vu de cette situation, de nombreuses divergences ont fait surface au sein de l'équipe soignante, de nombreuses hypothèses ont été soumises pour essayer de trouver une solution. D'ailleurs, un avis médical a été demandé, pour rétablir les pulsions à l'aide d'un traitement hormonal, mais ce n'était pas l'avis favorable de tous. Malgré ça, l'équipe a essayé de prioriser l'avis de chacun, autant celui qui présente le désir, que celui qui n'en présente pas. En fin de compte, il a été décidé d'instaurer un traitement hormonal au résident afin de l'apaiser. Le traitement n'était pas imposé, mais plutôt proposé au patient.

Emie conclut sur le fait, qu'il y'a autant de relations soignant / soigné qu'il y'a de soignant et de soigné donc pour elle, le principal est de rester à l'écoute. Ecouter le patient, mais aussi s'écouter en tant que soignant, pour elle, c'est important de prendre plaisir à faire ce qu'on fait ainsi que y donner du sens.

- Entretien 5 / IDE 4 (Léa)

L'infirmière suivante se nomme Léa, elle a obtenu son diplôme en 1992, ce qu'il comptabilise environ une trentaine d'années d'expérience. Elle aussi a pu acquérir une expérience spécifique en chirurgie où elle y a passé une majeure partie de sa carrière.

Pour Léa, établir une relation est instinctive, elle se fonde sur une confiance mutuelle, c'est un échange avec la personne. C'est se présenter, expliquer les choses, puis être souriant. Au fil de la conversation, la notion de temps est évoquée, Léa exprime une phrase significative : « *moi j'ai toujours dit que même si on n'a pas le temps, on a le temps d'installer une relation soignant / soignée. Même si c'est très peu de temps, tu peux donner du temps de qualité* » (l.13-15). Elle ajoute que la relation est très importante, surtout en EHPAD, et elle remarque que les soignants, ne prennent plus le temps, font les choses vite, et n'ont plus envie.

Puis j'ai orienté ma question, sur cette relation mais cette fois-ci avec les patients ayant des troubles cognitifs. Le point-clef pour elle, est l'apaisement, elle évite au maximum la confrontation et préfère privilégier le contact, le toucher ainsi que la reformulation. Elle explique, pour les patients voulant fuguer par exemple, ou bien opposant, le fait de détourner l'attention permet d'éviter le conflit et donc d'apaiser la personne. Elle spécifie : « *finalement les patients ayant des troubles cognitifs sont presque plus faciles* » (l.26).

A propos de la place de la famille, Léa dit qu'elle est très importante, notamment sur le fait qu'elle leur permet de recueillir des informations sur le vécu du patient. Elle indique que lors d'une entrée de la personne en institution, il est primordial d'être renseigné sur ce que la personne aime et n'aime pas, puis leurs envies, leurs fonctionnements... Léa aussi acquiesce le fait qu'elle fait participer la famille à la prise en charge, ce qui permet au patient de maintenir ses repères. Elle exprime : « *quand la famille les placent en EHPAD, c'est qu'ils sont arrivés à bout, et ils ont un gros sentiment de culpabilité* » (l.37). C'est pour cette raison que Léa, trouve essentiel de placer la famille au centre et de s'adapter aux habitudes qu'ils avaient auparavant à leur maison.

En suivant, j'ai proposé la question du consentement, l'infirmière pense que prévenir du geste en amont, de ne pas imposer celui-ci, revient à recueillir le consentement naturellement. Le refus n'est pas mal pris par Léa, elle favorise la proposition mais accepte de reporter si la personne n'accepte pas. Elle avance le terme « *humanitude* », elle le traduit par le respect du choix de la personne, puis elle met en lien qu'il faut faire un parallèle avec les soins réellement nécessaires ou non.

Enfin j'ai amené la notion de sexualité et de gestion en équipe, pour celle-ci. Pour elle, qu'ils aient des troubles ou non, c'est de nouveau une question de respect de leurs choix. Malgré ça, elle indique que les familles se doivent quand même d'être averties. Puis elle m'a fait part d'une situation similaire à la mienne, et l'équipe pluridisciplinaire avait accepté la situation. Concernant la famille, qui semblait assez opposée au début, l'équipe a pris le temps d'expliquer correctement la situation, le pourquoi du comment, ce qui a mené à l'acceptation de celle-ci. Elle ajoute que si besoin, la psychologue de l'institution est beaucoup présente et peut intervenir auprès des familles pour trouver des solutions. Aussi elle est revenue sur le comportement que peuvent avoir les patients ayant des troubles cognitifs, alors elle dit : « *ils peuvent faire un transfert sur une personne inconnue* » (1.75). Ce qui finalement expliquerait certains rapprochements malgré le fait qu'ils peuvent avoir un conjoint à l'extérieur, mais c'est la pathologie qui fait ça.

- Entretien 6 / AS 2 (Louise)

Pour cet entretien, j'ai interrogé une seconde fois une aide-soignante. Elle a obtenu son diplôme il y a 17 ans et cela fait 5 ans qu'elle est dans le service. Avant notre entretien, Louise m'explique un peu son parcours, elle a souvent travaillé auprès de personnes âgées dans différents lieux. Récemment, elle m'explique qu'elle a réalisé plusieurs formations, et notamment sur la sexualité des personnes âgées.

A la question de la relation soignant / soignée, Louise parle en priorité de la confiance, mais aussi de la gentillesse et de la bienveillance. Une nouvelle fois, elle fait une chronologie de ces actes, elle dit se présenter, expliquer, écouter, aller à leur rythme... Pour elle, un acte comme la toilette n'est pas une succession de gestes, sans que ce soit sexué, mais plutôt de la tendresse. Elle me fait part du fait que cette « *proximité* », a été assez endommagée par la pandémie, elle dit : « *on ne pouvait plus les prendre dans nos bras, leur faire des bisous...* »

(I.14). Elle traduit ceci par le fait, que les patients sont en recherche du toucher relationnel et de tactilité, elle remarque qu'ils sont « *vachement en manque de tout ça* ».

En lien avec les patients ayant des troubles cognitifs, Louise met en avant son origine belge, pour évoquer le fait qu'elle tutoie beaucoup les personnes car pour elle, ça les rapproche et enlève les barrières. Elle dit s'adapter à eux, simplifier le vocabulaire s'il le faut, et beaucoup être dans l'accompagnement.

Au sujet de la famille, Louise lui donne une place très importante notamment dans les démarches et décisions. Elle m'explique être à l'initiative des thérapies non médicamenteuses, comme l'hypnose, le snoezelen... et elle essaye d'y faire participer la famille.

A propos du consentement, les premiers mots de Louise traduisent le fait qu'elle le recherche constamment. Elle explique qu'elle a la capacité de reporter un acte si la personne ne le souhaite pas au moment prévu, puis elle s'adapte aussi à leurs envies du jour. Pour elle aussi, tant que les actes essentiels sont effectués, le reste peut attendre.

Par la suite, la question de la sexualité est évoquée, Louise a commencé par me parler du diplôme de sexo-conjugo thérapie qu'elle a obtenue et qu'elle a pu mettre en pratique. Elle débute par faire un rappel sur les lois existantes, en disant que les personnes âgées ont des droits et que malheureusement ils ne sont pas respectés. Ensuite elle fait écho au transfert que peut faire le soignant sur sa propre sexualité, elle cite : « *si déjà tu as des blocages, si tu n'es pas au clair avec ta sexualité, comment tu peux l'être avec celle du résident* » (I.60). Elle ajoute que son but étant de faire comprendre à ses collègues qu'en EHPAD, on a le droit à une vie sexuelle. Elle complète son discours en me donnant des chiffres, une étude aurait interrogé des personnes entre 80 ans et 102 ans, ainsi il y'aurait 88% d'hommes et 77% de femmes qui se masturbent le soir. En outre, elle relève le fait que ce n'est pas la même sexualité que plus jeune, et que finalement, c'est plus une recherche de tendresse, de plaisir charnel... Des termes similaires reviennent lorsqu'elle explique le fait, qu'ils n'ont plus grand-chose qui leur appartient réellement, elle indique qui leur reste seulement leur corps, leur intimité. Elle m'évoque être d'accord l'achat de sex-toys par exemple, permettant à la personne de s'épanouir comme elle le désire. Tout en citant aussi des effets thérapeutiques, comme pour une patiente, la baisse de ses antidépresseurs.

Enfin, pour que la relation soit acceptée par l'équipe, Louise dit s'assurer que le consentement soit respecté, qu'il n'y est pas de violence ni de menace. Pour elle, même s'il y'a la présence

de troubles cognitifs, il suffit d'observer correctement le comportement de ceux-ci et on peut voir s'ils sont opposants. Naturellement, elle souhaite rajouter une notion à la fin de l'entretien, elle dit : « *ce sont des résidents qui ont eu leur vie, arrivent avec un passé, et un futur pas vraiment grand, donc autant le rendre le plus agréable possible* » (1.88).

6.5.2 Analyse thématique

- La relation soignant / soignée

Pour cette première question, les 6 soignantes ont toutes eu un mot différent pour expliquer la relation soignant soigné. Par exemple, l'IDE 1 évoque la notion de temps, pour elle la relation prend du temps, tout dépend de l'accessibilité du patient. Elle dit : « *ça prend du temps, il y'en a qui sont très vite accessibles... Et puis pour d'autres, il faut du temps* » (1.9). Dans ce même schéma, le cadre de référence cite : « *au fil du temps, celle-ci évoluera et se caractérisera selon le contexte auquel les interacteurs se trouvent* ». L'IDE 2, évoque l'empathie, mais aussi la recherche de satisfaction et d'épanouissement de l'autre ainsi que de soi-même. Finalement la notion de temps, peut entrer en jeu dans cette recherche d'épanouissement, ce n'est pas une chose qui se fait d'emblée. L'AS 1, se tourne plus vers l'approche par les sens, notamment l'écoute et le toucher, pour elle ce sont les bases fondamentales à la création de la relation. Ces trois soignantes finissent toutes par conclure sur la confiance, pour elles, leur façon de mettre en place une relation soignant soignée, permet d'instaurer, à terme, une relation de confiance. Comme le cite Bourgeron, « *la relation soignant soigné conduit une relation de confiance, elle fonde un lien particulier* ». C'est donc en exactitude avec la volonté des soignantes de créer ce lien. Quant aux trois autres soignantes présentent dans le second lieu d'exercice interrogé, ont quasiment toutes un discours similaire. Autrement dit, il en ressort chez elles, une certaine forme de processus dans l'instauration d'une relation, c'est-à-dire, qu'elles se présentent, analysent les besoins, puis passent à la prise en charge singulière de chaque patient. Pour elles, la relation soignant soignée est un réel accompagnement de celui-ci dans son quotidien et dans ses besoins. Un élément est à signifier, lorsque l'IDE 4 dit : « *tu arrives en souriant* » (1.8), cette notion de sourire m'interpelle du fait que des auteurs l'expriment aussi. Manoukian et Massebeuf disent : « *entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards...* »,

ce qui montre bien que la relation peut aussi s'instaurer à l'aide du non-verbal par exemple. Aussi on peut faire un parallèle avec les propos de Menant quand il indique « *il y'a forcément une écoute, une identification des besoins, une analyse, des actions...* », ce qui rejoint bien ce processus de prise en charge cité ci-dessus.

- La relation soignant / soigné envers les patients présentant des troubles cognitifs

En réponse à cette seconde question, qui est assez similaire à la première, on peut dire dans un premier temps que, toute se rejoignent dans une démarche d'adaptation. C'est-à-dire toutes évoquent le fait de s'adapter au patient, à sa pathologie et à son discours. Par exemple, certaines d'entre elles expliquent adopter un vocabulaire simplifié, un ton de voix bas, des gestes simples et non brusques, une approche calme afin de favoriser l'apaisement. Mais aussi leurs prises en charge se constituent à l'aide de leurs sens, notamment par le toucher, comme le cite l'IDE 4 « *toujours aller au contact, le toucher est important* » (1.21) ainsi que l'AS 2 « *ils ressentent avec notre toucher* » (1.26). Le sens de l'écoute est aussi mis en avant, l'IDE 3 dit « *il faut avoir vraiment une posture d'écoute* » (1.33). Pour faire un parallèle au cadre de référence, on peut évoquer les mots de McCormak, B. qui valorise une prise en charge personnalisée, puis recueillir ces souhaits afin qu'il soit décisionnaire de sa prise en charge. Il dit que le soignant doit être « *attentif* », ce terme est significatif et en accord avec les dialogues des soignantes. Quant à l'échange, les trois soignantes de la première de structure se rejoignent sur le fait d'appeler les patients par leurs prénoms afin de faciliter leur reconnaissance mais tout en gardant le vouvoiement pour maintenir une distance professionnelle. Cependant l'AS 2, préfère employer le tutoiement, elle trouve que ça rajoute une proximité avec le patient et donc améliore la prise en charge. Certaines emploient aussi le concept de la reformulation, mais aussi de répétition comme l'a dit l'IDE 1 « *il faut répéter, répéter, répéter* » (1.30). Pour toutes, adapter son comportement permet de ne pas mettre le patient en situation d'échec, ne pas le contredire, en vue d'éliminer un éventuel conflit. Concernant cette relation particulière, j'ai inclus la notion de famille dans ma question, j'avais le souhait d'entendre les points de vue de chacune et la place qu'elles peuvent leur donner. Par exemple, l'IDE 1, ainsi que l'IDE 4 et l'AS 2, placent la famille réellement au centre, que ce soit dans les décisions, ou encore dans les démarches. Pour ces trois soignantes, la famille est vue comme repère pour le patient, elle est donc essentielle à la prise en charge. Aussi dans

la connaissance du vécu du patient, elle peut intervenir auprès des professionnels comme le dit, l'IDE 4 « *la place de la famille est très importante dans le sens où, il faut qu'eux nous donnent des informations sur le vécu des patients pour savoir ce qu'ils aiment, leurs habitudes...* » (1.33). En revanche, pour l'IDE 3, c'est le choix du patient qui est mis en avant, c'est selon son souhait, s'il désire que la famille intervienne, soit concertée ou non. Ce n'est pas l'équipe qui fait ce choix, c'est le patient. Finalement, son discours fait un lien avec la citation dans le cadre de référence de l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, qui reprend le fait qu'une personne majeure peut elle-même désigner une personne de confiance ou autres, ça marche pour tout le reste. Donc si aucune personne de confiance n'est renseignée, pourquoi la famille serait systématiquement concernée, pour les futurs choix de prise en charge.

Enfin, la plupart des soignantes, indiquent quand même que la prise en charge dépend surtout du niveau de pathologie que le patient présente. Le cadre de référence stipule aussi l'importance d'évaluer le degré des troubles pour pouvoir se positionner convenablement par la suite.

- La recherche du consentement dans le soin

Concernant le concept de consentement, il est à signifier que lors de mon entretien, ce concept était plus dirigé vers le soin et non généralisé. Les réponses de chacune sont donc orientées vers cette recherche lors d'un soin tel que la toilette, l'injection ou autres. Ici les avis sont partagés, trois des soignantes, l'IDE 2, l'AS 1 et l'AS 2, déclarent recueillir le consentement systématiquement, sous la forme d'une demande d'effectuer le soin. Pour elles c'est très important et c'est même une obligation. Quant aux trois autres soignantes, elles expliquent ne pas vraiment attendre le consentement clairement de la personne, mais qu'il serait induit selon le comportement et l'attitude de la personne. D'ailleurs l'IDE 4 traduit ce positionnement, en mettant en avant la proposition de l'acte, ne pas imposer celui-ci. Il est intéressant de relever les mots de l'IDE 1, elle dit « *le premier jour s'ils ont dit oui, le deuxième jour je ne redemanderai pas* » (1.61), on remarque que pour elle, être d'accord une fois, c'est être d'accord toutes les fois. Si on se réfère au cadre de référence, l'article 36 du Code Déontologique médical, stipule que le consentement doit être recherché dans tous les cas. Or l'IDE 1 ne semble pas le faire. Son choix de prise en charge, peut s'expliquer et se justifier

par ces arguments. Finalement toutes ont leur manière de rechercher le consentement, à ce propos on relève qu'elles sont toutes les six d'accord sur le fait qu'elles n'insistent pas le soin, autrement dit, toutes expliquent qu'elles sont favorables au fait de reporter le soin selon la nécessité de celui-ci. Le consentement est l'une des notions essentielles à l'entretien, ici la question était assez directe, les réponses étant elles aussi directes, donc peu développer. Néanmoins cette notion intervient aussi lorsqu'on parle de troubles cognitifs mais aussi de relation et surtout plus tard, de sexualité.

- La gestion en équipe de la sexualité chez les personnes âgées en institution

A cette question, chacune apporte un regard différent. Mais certaines similitudes sont observées, comme quand le cadre de l'institution est évoqué, en effet l'IDE 2, et l'AS 2 explique que les patients entrent en institution et n'ont plus vraiment d'attache, plus vraiment de repère. Alors elles expliquent qu'il est plus favorable de ne pas empêcher le peu de besoins et désirs qu'ils ressentent. Aussi, l'IDE 3 les rejoint lorsqu'elle cite « *on a des résidents qui ont des besoins, des pulsions...* » (1.51), elle semble réellement consciente de leurs envies et les prend en considération. Ensuite, beaucoup d'entre elles reviennent sur les éléments essentiels pour que la relation se déroule. L'AS 2 dit « *la première chose c'est de s'assurer qu'il n'y est pas de violence, pas de menace, et que le consentement soit ok* » (1.81), puis l'IDE 1, l'IDE 3, l'IDE 4, vont dans ce même sens, en citant les mêmes éléments. En effet, sans leur présence, la relation prendrait une autre forme, pouvant avoir de grandes conséquences. Deux soignantes allèguent un discours similaire et intéressant au sujet des représentations. Par exemple, l'IDE 1 dit « *ce n'est pas facile de se confronter à la sexualité des autres* » (1.69), puis l'AS 2, la rejoint sur le transfert que l'on peut faire sur sa propre sexualité. C'est un point essentiel du dialogue, étant donné que les représentations que peut se faire une soignante, peut influencer sa posture et sa prise en charge auprès du patient. En lien, Thibault et Hanicotte expriment « *la sexualité n'est pas une évidence pour l'ensemble des soignants* », ce qui va dans le même sens que le témoignage des soignantes. D'ailleurs, cette soignante a reçu une formation spéciale à propos de ce sujet et dans ce sens, elle met en vigueur les lois qui évoquent les droits du patient, ainsi que ces choix de vie, qu'il faut respecter. De plus, elle parle de quelque chose de marquant, c'est le bénéfice thérapeutique que peut induire une relation entre deux êtres où chacun éprouve un bien-être. Par exemple,

elle dit « *tu as même la baisse de traitements antidépresseurs* » (1.79). Le cadre de référence amène l'approche positive énoncée par l'OMS. Pour elle, la santé sexuelle est quelque chose de fondamental pour la santé et le bien-être des personnes. Au sujet de la famille, deux avis semblent contradictoires, pour l'IDE 4, la famille doit absolument être avertie, comme lorsqu'elle dit « *il faut quand même que les familles soient averties* » (1.59). Tandis que pour l'AS 1, il n'est pas forcément nécessaire que celle-ci soit tenue informé de ce genre de situation. Malgré ça, Ponte signale bien que « *la personne âgée en institution, a droit au respect de sa vie privée, et la sexualité en fait partie* », on comprend donc que la famille n'est pas forcément incluse, et que la sexualité du patient est effectivement un droit de celui-ci, dont il est le seul maître.

En fin de compte, toutes se rejoignent sur le fait que c'est une décision d'équipe, qui n'est donc pas individuelle. D'autre part, les deux équipes respectives relatent que ce n'est pas un sujet dramatique, et que si c'est fait dans le respect et la discrétion, alors il n'y a pas d'opposition de leur part. Ainsi, toutes semblent favorables aux éventuelles relations plus ou moins sexuelles qui peuvent se créer entre deux patients au sein de la structure. L'IDE 3 dit clairement « *on n'a pas vraiment de tabou* » (1.51). D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé a publié un récit sur l'accompagnement des établissements et service médico-sociaux pour mettre en avant les besoins et attentes affectives existantes, des personnes en institution.

- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

En rapport avec cette question, les réponses ne sont pas vraiment en lien, chacune à exprimer des éléments différents. L'IDE 2 et l'IDE 4, parlent du consentement, pour elles il est primordial et c'est le point clef de la prise en charge. L'IDE 1, elle dit qu'il ne faut pas se sentir toute puissante et toujours essayer de se mettre à leur place. L'AS 1 met en avant l'écoute et le respect des désirs du patient avant tout. C'est d'ailleurs, un des objectifs de l'HAS « prendre en compte les besoins ». L'IDE 3 rejoint la notion d'écoute et la complète en citant qu'il est important de donner du sens à ce qu'on fait. Enfin, pour l'AS 2, il faut en quelque sorte embellir leur quotidien et ne pas les priver des désirs qu'ils leur restent. Pour elle, ils sont dans l'institution pour la fin de leurs jours, ça rejoint les propos de M Dorange cite : « les établissements d'accueil pour personnes âgées sont encore associés à l'idée d'hospice, et de mouroir ».

6.6 Synthèse de l'enquête exploratoire

Les résultats de l'enquête me permettent de construire la synthèse suivante. Les entretiens menés m'ont réellement permis de recueillir des témoignages uniques et diversifiés. Elles ont toutes apporté, leurs expériences professionnelles et personnelles. Malgré les points de vue différents de chacune, il en est ressorti une même ligne de conduite, étant le bien-être du patient. Finalement dans ses enquêtes, on remarque que le patient est majoritairement mis au centre de sa prise en charge. D'autres acteurs peuvent être présents, comme la famille. Or dans mon guide d'entretien je n'avais pas inscrit une question les concernant. Mais c'est tout naturellement, que la question s'est introduite lors des échanges et s'est montrée plus que pertinente. Par ailleurs, nombreuses d'entre elles concluent sur le respect du patient, notamment vis-à-vis du consentement de celui-ci. Cette notion était un axe fondamental de mon enquête, et toutes les soignantes ont eu des réponses honnêtes et bienveillantes à m'apporter. D'autre part, le fil rouge de mon TFE relève de la sexualité des personnes âgées en institution. De ce sujet, en est ressorti de nombreux éléments fondés sur des témoignages différents et quelque fois guidés par leur transférabilité personnellement. Néanmoins, j'ai pu constater que toutes les soignantes avaient un avis favorable, quant à la liberté des patients à réaliser ce dont ils avaient envie, tout en s'assurant de la sécurité, du respect, du constamment, de ceux-ci. Comme certaines me l'ont témoigné, tout peut s'expliquer et voir même s'accepter, lorsque l'on prend le temps de discuter, d'analyser et de comprendre la situation. Il semblerait qu'une évolution des mentalités soit en perspective.

6.7 Limites de l'enquête

Je dirais que, je n'ai pas eu de réelles contraintes face à la réalisation de cette enquête. Néanmoins, avec du recul, je me suis rendu compte que la plupart des professionnels interrogés avaient peu d'expérience au sein de ce service. Malgré cela, j'ai pu interroger, des jeunes diplômées comme des diplômées avec plus d'expérience, donc ces paradoxes étaient intéressants à analyser. J'aurais aimé interroger, d'autres personnels, médical et paramédical, pour avoir vraiment un témoignage différentiel et global.

Je trouve aussi que le nombre de personnes interrogées, au nombre de six, n'est pas réellement significatif pour vraiment réaliser des comparatifs. Malheureusement le contexte de ce travail ne permet pas d'interroger un plus grand nombre de soignants. Mais les recherches permettent de se référer à plusieurs analyses antérieures un peu plus significatives.

Si je devais vraiment relever une limite, alors je dirais que certains interrogatoires étaient assez courts et peu fournis, dû au peu d'éléments de réponse donnée par les soignantes.

Je tiens à dire qu'il n'était pas évident, d'osciller entre les partiels, le stage et la réalisation d'entretien.

7 Problématique

A travers l'enquête exploratoire, les premiers éléments de recherche inscrits dans le cadre de références, ont pu entrevoir une évolution lors de l'enquête exploratoire. Le cadre de référence, s'est construit à partir de divers questionnements, qui ont par la suite découlé sur une question de départ. En réponse à celle-ci, concernant l'influence du consentement chez les patients ayant des troubles cognitifs, sur la relation soignant soigné, on peut alors dévier ces propos en indiquant simplement que, les patients possédant des troubles cognitifs, induisent une prise en charge différente, ainsi qu'une adaptabilité spécifique du soignant. En effet, cette caractéristique influera alors la relation soignant soigné, et la recherche du consentement sera toujours de mise, mais de différentes façons. C'est dans ce sens, que de nouveaux questionnements ont émergé. A la suite de l'enquête, je me suis positionnée différemment quant à l'instauration de la relation soignant/soigné, particulièrement avec les patients ayant des troubles cognitifs. En effet, leur caractéristique n'est pas un frein à celle-ci, c'est une relation authentique où l'adaptabilité à l'autre prime. Le respect du patient étant le maître mot, principalement lorsqu'on aborde la notion de consentement. Forcément, le consentement doit être donné lorsqu'on s'apprête à effectuer un acte sur l'autre, ainsi même si la personne présente une altération cognitive, son comportement, ces choix, ces décisions peuvent être altérées, il est donc essentiel de conserver leur consentement jusqu'à que ce soit possible. Toujours en lien avec ces thématiques, le cœur du noyau semblait être la relation charnelle voire sexuelle qui pouvait naître entre deux personnes en institution, qui plus est, possédant

des troubles cognitifs. La place de la famille ainsi que celle du soignant étant remise en question, après l'enquête, la place de la famille a été perçue au second plan, gardant en premier plan les désirs du patient. Sur l'équipe soignante, en est sorti, une place en retrait, présente en cas de besoin mais non-décisionnaire des choix des patients. La question de recherche de départ, laissait paraître un aspect plutôt péjoratif de la prise en charge des patients, lorsque l'équipe doit faire face à ce genre de situation. A la suite de ce travail, on observe une évolution de cette problématique qui cette fois-ci, tend vers d'autres questionnements, plutôt mélioratif. Ma question de départ reprenait elle, des points clés, tels que le consentement, la relation soignant soigné, et les troubles cognitifs. C'est dans ce sens, qu'il m'a semblé important d'apporter une nouvelle question de recherche qui serait, plus ciblée vers la sexualité spécifiquement. En lien avec celle-ci, je me questionne sur l'institution en elle-même, ainsi que les personnes qui interviennent dans la prise en charge. C'est pour moi, les éléments principaux à aborder.

8 Question de recherche

L'ensemble des recherches que j'ai pu effectuer mène à la question de recherche suivante :

« En quoi la sexualité des personnes âgées prend un tournant lors de leur entrée en institution, contrôlée par des personnes tiers, impliquées nécessairement dans leur prise en charge, engageant une relation soignant / soigné authentique ? »

9 Conclusion

Il est temps pour moi de conclure ce mémoire. Revenons au départ, tout ce questionnement débute, un jour, durant mon stage où j'observe une équipe totalement divisée dans les prises de décisions, concernant une situation où le problème prédominant était la relation sexuelle qui pouvait il y'avoir entre deux personnes âgées, au sein de l'institution. C'est alors que de nombreux questionnements ont fait surface et donc j'ai fait le choix de parler de ce sujet dans mon mémoire afin d'apporter des éléments de réponse à mes questions. J'avais et j'ai toujours

mon avis personnel sur la situation, mais il faut reconnaître, à ma grande surprise que celui-ci a changé au fil de mes recherches et surtout de mon enquête. En effet, ce travail permet d'aborder non seulement le sujet principal mais aussi tous les éléments qui gravitent autour. Ici le sujet principal étant la sexualité, je me suis rendu compte, qu'il n'y avait pas que ça, et qu'il était essentiel d'aborder des notions complémentaires telles que le consentement, avec notamment les lois principales qui le guident. Ainsi que les troubles cognitifs, en effet dans la situation, les patients en ont, alors là aussi il a fallu aborder la prise en charge spécifique dont ils relèvent, sans oublier la place de la famille qui peut impacter grandement les décisions prises. Par la suite, la relation entre le soignant et le soigné, a été traitée, on pense peut-être que ce n'est pas en lien avec le sujet de la sexualité entre les deux personnes, mais finalement, on a pu se rendre compte, que cette relation se positionnait au centre de la prise en charge. Elle s'est montrée à plusieurs reprises comme une alternative au problème, mais aussi comme apaisement, que ce soit envers le soigné comme le soignant. Tous ces éléments ont été approfondis et travaillés rigoureusement, ainsi ils ont pu apporter des réponses à mes questionnements. Avant de débiter mon enquête, j'appréhendais un peu de poser mes questions. C'est un sujet tabou, qui peut rendre mal à l'aise la personne interrogée. En effet, ce genre de situation peut heurter certaines personnes dues à leur expérience, leur vécu, leur valeur, autrement dit faire un transfert, mais lorsqu'on aborde la globalité des éléments qui constitue le sujet, les points de vue peuvent évoluer, permettant une prise en charge authentique et non influencée par nos propres volontés. Lorsqu'on parle de sexualité et notamment envers les personnes âgées, je constate beaucoup d'aprioris, conduisant même au jugement de l'autre. Finalement, jusqu'à quelle mesure l'humain peut-il se permettre de juger celui qui se présente en face de lui ? Un âge, une couleur de peau, une origine, une culture, ou un simple choix de vie, sont-ils des éléments que l'on peut se permettre de juger ? La différence que porte l'autre, est-elle suffisante à l'apport d'un jugement ? Ces questions interpellent mais elles sont révélatrices de l'humain, qui dans un premier temps, apporte un jugement, qu'il soit positif ou négatif, puis dans un second temps, une réflexion est apportée et peut changer les choses.

En fin de compte, je n'ai pas pu savoir si les soignantes que j'avais interrogées avaient apporté un jugement lorsqu'elles ont été confrontées à une situation similaire. Mais ce que je sais, c'est que toutes ont eu une réflexion, et elles se positionnent vers l'acceptation d'éventuelle relation sexuelle entre des personnes âgées résidants en EHPAD.

Pour finir, je pense qu'il pourrait être intéressant que cette réflexion s'élargisse auprès de plus de personnes, pas seulement le personnel soignant. Les mentalités pourraient alors évoluer et on ne s'arrêterait pas seulement à nos aprioris. De nouvelles méthodes pourraient être trouvées pour pallier, à ce genre de situation et qu'elles soient traitées sans discorde.

10 Bibliographie

10.1 Ouvrages

Bourgeon, D. (2007, Février). Le don et la relation de soin : historique et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, p. 4 à 14

Deliot, C. (2005) Vieillir en institution. *Témoignages de professionnels, regards de philosophes*. Ed. John Libbey Eurotext. Montrouge.

Diamant-berger, F. (2000). *Les personnes âgées. Pour une prise en charge globale*. Collection Soins Infirmiers. Ed. Masson. Paris.

Dupras, A. (1989) Sexualité et vieillissement. *L'interdit sexuel dans une institution hospitalière pour personnes âgées*. Ed. Méridien. Montréal. Pages 225-235

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.

Gauntlett beare, P. (2005) Soins infirmiers en gériatrie. *Vieillesse normale et pathologique*. Ed. De Boeck.

Giam, A. (2007) Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, p. 56-60. DOI

Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : comment y parvenir ? *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 17, 65-78.

Hecquet, M., & Nuytens, A. (2011, mars). Réflexion éthique autour des enjeux de la relation soignant-soigné lors d'un accompagnement de fin de vie en EHPAD. *Ethique & Santé*, pp.

- Holstensson, L. (2000) Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution. *Le savoir et le comment faire face à un tabou*. Masson. Paris. Pages 97.
- Maeker, E. (2020) Soins gérontologie. *Relation thérapeutique, soins centrés sur la personne et troubles cognitifs sévères*.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2001). La relation soignant soigné. Paris : Lamarre (éditions)
- Marieb, E. (1999) Anatomie et physiologie humaines. Ed. Boeck Université.
- Martin, J-P. (2021) Le sexuel, tabou institutionnel. *VST - Vie sociale et traitements*, p. 30-34.
- Quinodoz, D. (2008) Vieillir une découverte. Ed. Presses Universitaires de France. Paris
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98, 28-31.

10.2 Webographie

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-7-page-56.htm>

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-2-page-30.htm>

<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>

<https://doi.org/10.3917/rai.046.0005>

<https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028>

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01150432>

<https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.santementale.fr%2F2022%2F06%2F1a-has-planche-sur-des-recommandations-sur-la-vie-affective-et-sexuelleenetablissements%2F&data=05%7C01%7Cambre.panza%40erfpp84.fr%7C18b1bed84c7a4388433708da5068f952%7C26e2718605ac484eab1a22d6510e5e0b%7C0%7C0%7C637910709033965509%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6I6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=8SvUtwaNevG89vYmoy7Zyff8wNx9mvm1YOm57zJDG3I%3D&reserved=0>

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2019/11/Me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-.pdf>

<https://journals.openedition.org/gss/2205>

<https://www.lecripsidf.net/consentementsexuel#:~:text=ne%20pas%20avoir%20la%20capacit%C3%A9,est%20inf%C3%A9rieur%20%C3%A0%205%20ans.>

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721063#:~:text=Toute%20personne%20majeure%20peut%20d%C3%A9signer,la%20volont%C3%A9%20de%20la%20personne.

<https://univ-amu.summon.serialssolutions.com/#!/search?ho=t&include.ft.matches=f&l=fr-FR&q=sexualit%C3%A9%20personnes%20ag%C3%A9es>

11 Table des annexes

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....	I
<i>Annexe : Demande d'autorisation EHPAD.....</i>	<i>I</i>
Annexe II : Autorisation des établissements.....	III
<i>Annexe II.I : Autorisation EHPAD 1.....</i>	<i>III</i>
<i>Annexe II.II : Autorisation EHPAD 2.....</i>	<i>IV</i>
Annexe III : Retranscription littérale des entretiens.....	V
<i>Annexe III.I : Entretien IDE 1 / EHPAD 1.....</i>	<i>V</i>
<i>Annexe III.II : Entretien IDE 2 / EHPAD 1.....</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe III.III : Entretien AS 1 / EHPAD 1.....</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe III.IV : Entretien IDE 3 / EHPAD 2.....</i>	<i>XIX</i>
<i>Annexe III.V : Entretien IDE 4 / EHPAD 2.....</i>	<i>XXVI</i>
<i>Annexe III.VI : Entretien AS 2 / EHPAD 2.....</i>	<i>XXXI</i>
Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens.....	XXXVII
<i>Annexe IV.I : Entretien IDE 1 / EHPAD 1.....</i>	<i>XXXVII</i>
<i>Annexe IV.II : Entretien IDE 2 / EHPAD 1.....</i>	<i>XXXVIII</i>
<i>Annexe IV.III : Entretien AS 1 / EHPAD 1.....</i>	<i>XXXIX</i>
<i>Annexe IV.IV : Entretien IDE 3 / EHPAD 2.....</i>	<i>XL</i>
<i>Annexe IV.V : Entretien IDE 4 / EHPAD 2.....</i>	<i>XLI</i>
<i>Annexe IV.VI : Entretien AS 2 / EHPAD 2.....</i>	<i>XLII</i>
Annexe V : Grille d'analyse des questions.....	XLIII
<i>Annexe V.I : Question n°1.....</i>	<i>XLIII</i>
<i>Annexe V.II : Question n°2.....</i>	<i>XLIV</i>
<i>Annexe V.III : Question n°3.....</i>	<i>XLV</i>
<i>Annexe V.IV : Question n°4.....</i>	<i>XLVI</i>

Annexe V.V : Question n°5.....XLVII

Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....XLVIII

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens

Annexe : Demande d'autorisation EHPAD



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. PANZA Ambre

Étudiant(e) en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins

Monsieur le Directeur des Soins

Adresse : 4 rue albert conil, 84000 Avignon

Téléphone : 06.38.28.30.41

Mail : ambrepanza840@gmail.com

Avignon, le 01/03/2023

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein de votre EHPAD auprès d'infirmiers et d'aides-soignants, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : *La prise en charge des patients ayant des troubles cognitifs.*

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?
- Quelle relation soignant / soigné mettez vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?
- Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?
- Comment abordez-vous, en équipe, la question de la sexualité des personnes âgées en institution ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Annexe II : Autorisation des établissements

Autorisation EHPAD 1



Cadre Sante - EHPAD [redacted] - Petra [redacted] <[redacted]@desorgues.com>

À moi ▾

Bonjour,

Je vous confirme votre rendez-vous avec l'équipe soignante demain à 14h30.

Cordialement

Mme [redacted]

De : Ambre PANZA <ambrepanza840@gmail.com>

Envoyé : vendredi 3 mars 2023 14:09

À : petra@desorgues.com

Objet : Re: Demande d'entretien



lun. 6 mars 18:21



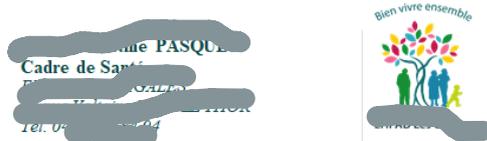
Autorisation EHPAD 2

TR: EHPAD LES CIGALES Boîte de réception x

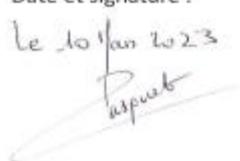
 Infirmiere EHPAD Les Cigales infirmiere@euhpadlescigales.fr
À moi ▾

ven. 10 mars 16:40 ☆ ↶ ⋮

Ci jointe votre attestation
Bonne continuation



Je confirme que Melle PANZA Ambre est venue ce jour le vendredi 10 mars 2023, de 15h à 16h30, faire des entretiens avec des infirmières de notre établissement dans le cadre de son travail de fin d'études.

Date et signature :
Le 10 Mars 2023


Tampon :


Annexe III : Retranscription littérale des entretiens

Entretien IDE 1 / EHPAD 1

1 **Ambre : Peut-on se tutoyer ?**

2 IDE 1 : Bien sur sans problème.

3 **Ambre : C'est bon, alors, est-ce que je peux voir la date de ton diplôme ?**

4 IDE 1 : Euh, juin 2020.

5 **Ambre : OK. Et la date d'arrivée dans ce service ?**

6 IDE 1 : Euh, décembre 2020.

7 **Ambre : Donc, alors, ma première question est, comment tu établis une relation soignant**
8 **soignée avec les patients en général, en termes de confiance, d'aide ?**

9 IDE 1 : Ça prend du temps pour moi, ça prend du temps, il y en a qui sont très vite
10 accessibles, on peut on peut vite leur parler, on peut vite. Enfin, ils sont très avenants. Mais ce
11 n'est pas pour autant qu'ils sont en confiance, hein. Et puis pour d'autres, il faut du temps, il
12 faut qu'ils nous voient plusieurs fois qu'ils nous voient tous les jours après nous ont travaillé
13 avec des gens qui ont des troubles cognitifs, donc peut-être que cette relation de confiance
14 n'existera jamais parce qu'ils vont nous oublier au fur et à mesure. Mais c'est surtout une
15 question de temps. Une question de temps pour moi.

16 **Ambre : D'accord. Est-ce que tu as vu une évolution depuis ton début de carrière à**
17 **maintenant au niveau de cette relation ?**

18 IDE 1 : Oui, forcément oui, on est plus, on est, on est plus à l'aise parce qu'on a... On voit
19 plusieurs choses différentes, on ne les appréhende pas de la même manière. Non, non, moi je
20 suis plus à l'aise maintenant et je pense que je serai encore plus dans 10 ans si je fais toujours
21 ce métier-là.

22 **Ambre : Oui, et tu parviens à prendre la distance qu'il faut et tout maintenant ou pas ?**
23 **Niveau attachement...**

24 IDE 1 : Je n'ai jamais trop eu ce problème-là, je pense que la distance... La distance
25 professionnelle. Je pense que j'ai toujours réussi à comprendre quand même que ça restait un
26 travail, mais nous en EHPAD c'est un lieu de vie, les gens, on les voit au quotidien, on
27 s'attache, on est des humains, donc on s'attache à certains, soit parce qu'ils font écho à notre
28 histoire de vie, soit parce que parce qu'ils nous sont sympathiques, pour x raisons. Et donc bah
29 forcément quand ils décèdent, c'est compliqué quoi, c'est compliqué. Mais bon après ce n'est
30 pas non plus comme si c'était un membre de notre famille... Mais bon, la distance, je pense
31 que c'est un grand mot.

32 **Ambre : D'accord, ma question suivante serait, quelle relation soignant soigné mets-tu**
33 **en place avec les patients ayant des troubles cognitifs cette fois-ci, au niveau du**
34 **vocabulaire, de la posture, tout ça...**

35 IDE 1 : Euh souvent donc ici on a une cadre qui est formée Montessori, donc on se positionne
36 beaucoup comme ça, on va parler tranquillement avec un ton de voix assez bas. On n'est pas
37 agressif dans notre façon d'aborder les gens. On leur rappelle qui on est tous les jours, toutes
38 les heures, peut-être même plus des fois. Euh il faut-il faut répéter, répéter, répéter. Et je

39 pense que bon là, c'est vrai qu'on a enlevé le masque et c'est beaucoup plus facile depuis qu'on
40 a plus le masque. Parce que juste en arrivant, en étant souriant...

41 **Ambre : Ah, plus par le non-verbal du coup, l'expression du visage soit pour eux...**

42 IDE 1 : Et la présentation et la répétition chez les gens qui ont des troubles cognitifs en tout
43 cas.

44 **Ambre : Et est-ce que, vous aussi, vous les appelez par votre par leur prénom, pour
45 qu'ils se reconnaissent ou pas parce qu'apparemment ils arrivent plus à se reconnaître
46 quand on les appelle par leur prénom.**

47 IDE 1 : Alors il y en a certains qu'on appelle par leur prénom parce qu'ils nous l'ont demandé.
48 Donc quand c'est une demande qui vient du résident, on le fait. Par contre, sinon, c'est
49 Monsieur Untel ou Madame Untel, parce qu'il faut. C'est une forme de respect aussi, hein ? Il
50 y en a qui n'aiment pas qu'on les appelle par leur prénom et il y en a qui aiment qu'on les
51 appelle par un surnom, mais en général, ils nous le disent dès leur entrée. Et puis après y en a
52 avec qui on a un lien particulier et du coup il peut y avoir un peu des surnoms, des choses
53 comme ça. Mais c'est vrai que ce n'est pas très professionnel. Normalement on ne peut pas le
54 faire.

55 **Ambre : D'accord, et la place de la famille dans ce genre de situation, elle est importante
56 pour vous ? Dans les décisions ?**

57 IDE 1 : Oui, la place de la famille elle est au centre. Moi j'ai fait mon mémoire sur la place de
58 la famille, donc quand j'étais à ta place. Elle est au centre, la famille doit être prévenue de tout
59 ce qui se passe. Ce n'est pas toujours facile, hein ? Parce qu'on n'arrive pas toujours à trouver
60 le temps de le faire. Puisqu'il ne nous paraît pas important, les peut-être pour eux et
61 inversement. Et sinon, la famille, elle est importante parce que ce sont les repères, la plupart
62 du temps, ils se souviennent encore de leur famille, donc c'est un repère, ils sont-ils sont
63 rassurés. Et puis même sur des patients qui ont des troubles cognitifs, on arrive à organiser
64 des skype, des choses comme ça, d'accord, même si dans l'heure qui a suivi, ils les ont
65 oubliés. Sur le moment, ça leur a quand même apporté.

66 **Ambre : Oui, je vois.**

67 IDE 1 : Mais dans surtout dans les lieux de vie. Je pense que la famille, elle, doit être intégrée
68 au parcours de soins sinon...

69 **Ambre : OK. Est-ce que tu recherches systématiquement le consentement lors d'une
70 session de soins ?**

71 IDE 1 : Je pense que ça serait mentir si je te disais oui

72 **Ambre : C'est pas du tout une question piège.**

73 IDE 1 : Non, je réfléchis à ma propre pratique, quand c'est un soin qui est nouveau, quelque
74 chose qu'on amène par quelque chose de ponctuel, je le je demande l'autorisation. Mais une
75 fois qu'ils ont dit oui, qu'ils ont dit oui. Si, par exemple c'est un traitement sur 6 jours, bah le
76 premier jour, ils ont dit oui bah je considère que le 2e jour, je pense que je ne redemanderai
77 pas.

78 **Ambre : D'accord**

79 IDE 1 : Mais normalement il faudrait demander à chaque fois. Donc je pense que je le fais
80 pour la première fois en expliquant ce que je vais faire, on est, on est obligé de se poster de

81 cette façon-là parce qu'avec les troubles cognitifs, si tu arrives en faisant ton injection, mais tu
82 vas soit t'en prendre une soit la personne va être opposée, elle va être opposante et puis tu vas
83 tu vas la mettre dans un état de panique extrême quoi

84 **Ambre : Ok. Dernière question, comment tu abordes, en équipe cette fois ci, la question**
85 **de la sexualité des personnes âgées ici en institution ?**

86 IDE 1 : C'est propre à chacun, je pense, c'est propre à chacun, c'est quelque chose sur lequel
87 j'essaye d'être, de rester ouvert d'esprit parce que ce n'est pas toujours facile, hein. D'une
88 manière générale qui soit âgée ou pas, ce n'est pas facile de se confronter à la sexualité des
89 autres. D'ailleurs nous, ici on en a, on en a certains qui sont en couple donc c'est vrai qu'on en
90 rigole, je pense que c'est un sujet où on préfère en rigoler et dédramatiser la chose.

91 **Ambre : Donc vous en décidez en équipe s'il y a des décisions à prendre, tout ça ce n'est**
92 **pas au bon vouloir de chacun ?**

93 IDE 1 : Non. Quasiment toutes les décisions qu'on prend ici sont en équipe. Déjà nous ne
94 nous en faisons pas une affaire d'état. Ceux qui sont en couple chez nous, s'ils sont emmenés
95 à avoir des relations sexuelles, du moment qu'ils étaient tous les deux consentants, je ne vois
96 pas l'intérêt d'en parler en réunion, ça reste des êtres humains.

97 **Ambre : Donc pour vous la priorité est le consentement des deux personnes ?**

98 IDE 1 : Oui c'est tout à fait ça. Et aussi tant qu'il n'y a pas d'acte de désinhibitions avec d'autre
99 résident non consentant, ça ne pose pas de problème. Du moment que les deux sont en accord
100 sur ça, qu'ils le font en respectant l'intimité des autres, donc dans une chambre, loin des
101 autres, on n'a même pas besoin dans parler en réunion.

102 **Ambre : D'accord, as-tu quelque chose à rajouter ?**

103 IDE 1 : Du moment que l'on se met à leur place, on limite les dégâts et ne pas se croire tout
104 puissant et intouchable.

105 **Ambre : Merci beaucoup pour tes réponses.**

Entretien IDE 2 / EHPAD 1

1 **Ambre : Déjà, dans quelle date a eu ton diplôme ?**

2 IDE 2 : Là, je suis diplômée de la promotion de l'année dernière, donc décembre 2022.

3 **Ambre : OK, et ta date d'arrivée dans le service ?**

4 IDE 2 : Du coup, le 2 janvier 2023.

5 **Ambre : Alors, comment tu établis une relation soignant/soignée avec les patients ?**

6 IDE 2 : Ben c'est vrai qu'il faut rester professionnel avant tout, donc j'ai quand même de
7 l'empathie pour mes patients, j'ai un bon relationnel ce qui est important aussi pour qu'ils se
8 sentent bien et que moi aussi je sois épanouie dans mon travail. Après voilà, il faut garder
9 cette barrière de soignant/soigné parce que ça peut aller un peu trop loin, l'attachement peut
10 faire du mal, que ce soit envers le soignant ou envers le soigné, donc on garde nos distances
11 malgré tout.

12 **Ambre : Donc au niveau de la relation de confiance, la relation d'aide, comment tu fais
13 pour la créer ?**

14 IDE 2 : Moi, je reste moi-même après voilà, je suis toujours là pour eux dès qu'ils ont besoin
15 de quoi que ce soit. Si je suis en capacité de répondre à leurs besoins, je le fais et si je ne suis
16 pas en capacité, je me retourne vers une autre personne.

17 **Ambre : Ok, parfait. Est-ce que tu as vu une petite évolution déjà entre le début que tu
18 es arrivée et là maintenant ?**

19 IDE 2 : Oui forcément, j'ai appris à connaître mes patients. Le climat de confiance qui s'est
20 installé. J'ai pris mes repères, j'ai pris mes marques et puis voilà mes petites habitudes de vie
21 on va dire, ma routine.

22 **Ambre : Ok ça va. Ma deuxième question est, quelle relation soignant soigné tu mets en
23 place avec des patients ayant des troubles cognitifs ?**

24 IDE 2 : Oui, mais c'est compliqué... En fait, tout dépend de la pathologie, des troubles qui
25 vont avoir, que ce soit une personne Alzheimer ou une personne démente. On va les prendre
26 différemment. Après voilà, moi c'est vrai que je les considère comme des personnes qui n'ont
27 pas de trouble. Et si voilà, ça a été à un niveau un peu plus compliqué, je laisse ma place à
28 quelqu'un d'autre.

29 **Ambre : Ok. Au niveau du vocabulaire, est-ce que tu l'adaptes un peu, tu emploies des
30 mots plus simples ?**

31 IDE 2 : Mais forcément, on a des patients qui préfèrent qu'on les appelle par leur prénom.
32 Après, on reste toujours dans le vouvoiement parce que c'est obligatoire dans notre milieu.
33 Mais voilà, le comportement et le langage varient en fonction du résident, oui.

34 **Ambre : D'accord, au niveau de la famille, est-ce que vous les mettez au cœur de la prise
35 en charge, des décisions ou pas ?**

36 IDE 2 : Ça dépend s'ils ont encore la chance d'avoir leur proche ou non. Ici, c'est vrai qu'il y
37 en a beaucoup qui n'ont pas forcément leurs proches auprès d'eux, donc on est plus présent en
38 nous en tant que soignants. Après les familles ça dépend, ça varie. Mais en général, oui ils
39 sont concernés par la prise de décision.

40 **Ambre : Je comprends. Sinon, est ce que tu recherches systématiquement le**
41 **consentement quand tu es en situation de soin ?**

42 IDE 2 : Ah oui bien sûr. Moi avant toute chose, quand je rentre de là dans la chambre. C'est la
43 première question, c'est : je vais procéder à votre toilette et ce que vous voulez, ou est-ce que
44 vous préférez attendre ou est-ce que vous sentez algique enfin voilà, moi je demande tout le
45 temps dans la personne si elle est d'accord ou si elle n'est pas d'accord.

46 **Ambre : D'accord. Et si elle est opposée, ce que tu peux décaler la chose ?**

47 IDE 2 : Bon, je vais un peu essayer de quand même la stimuler en disant voilà que c'est
48 nécessaire. Par exemple, les soins d'hygiène c'est important. Après si je vois que vraiment la
49 personne est opposante en face de moi. Je retenterai un peu plus tard dans la matinée. Ou
50 sinon, si elle ne veut vraiment pas, je ne force pas.

51 **Ambre : Ok, super, ma dernière question serait, comment abordez-vous en équipe la**
52 **question de la sexualité des personnes âgées ici en institution ?**

53 IDE 2 : C'est vrai qu'ici, nous on est plus, à ne pas opposer. Pour nous, c'est des personnes
54 déjà, qui n'ont pas forcément demandé à être dans notre établissement, donc si en plus on doit
55 les priver de choses dont ils ressentent le besoin, je pense que ce n'est pas à nous de prendre
56 cette décision-là, c'est-à-dire qu'après, voilà peut-être en parlait avec les familles mais c'est
57 vrai que on n'est personne pour juger leur sexualité, leurs besoins. Mais sinon, voilà ça se
58 décide en équipe, ce n'est pas chacun donne son avis, c'est ensemble et la famille peut être
59 concerté.

60 **Ambre : OK, est-ce que tu as quelque chose à rajouter de d'important pour toi dans le**
61 **soin, dans l'accompagnement, tout ça ?**

62 IDE 2 : Pour moi, c'est le consentement, c'est la chose primordiale dans notre milieu.

63 **Ambre : Ben merci**

64 IDE 2 : Je t'en prie.

Entretien AS 1 / EHPAD 1

- 65 **Ambre : Tu peux me donner la date de ton diplôme.**
- 66 AS 1 : Décembre 2018.
- 67 **Ambre : Et ta date d'arrivée dans un service ?**
- 68 AS 1 : Euh 11 janvier 2019 mais je me suis absentée parce que j'ai une petite fille.
- 69 **Ambre : D'accord, alors première question, comment tu arrives à établir une relation**
70 **soignant/soignée avec les patients ?**
- 71 AS 1 : Je suis très à l'écoute, je marche beaucoup avec le toucher aussi, pour les réassurer. Et
72 voilà l'écoute, répondre à leurs demandes, être disponible le plus qu'on peut, même si
73 quelquefois c'est compliqué. Après il y'a des tempéraments et des caractères qui ne
74 fonctionnent pas trop, donc on passe le relais.
- 75 **Ambre : Ok, tu sais passer le relais à quelqu'un d'autre...**
- 76 AS 1 : Oui surtout quand il n'a plus d'échange, que le discours ne passe plus, je sais déléguer
- 77 **Ambre : Et tu arrives à garder la distance professionnelle ou pas ?**
- 78 AS 1 : Oui pour moi mais pour eux aussi.
- 79 **Ambre : D'accord, est-ce que t'as vu une évolution dans la relation que tu as eu avec les**
80 **patients depuis que tu as commencé et maintenant ? Te sens-tu plus à l'aise ?**
- 81 AS 1 : Oui, je suis plus à l'aise, parce que ça fait maintenant 4 ans que j'en connais certains
82 déjà. Puis on s'attache quand même, il y en a qui sont contents de nous voir, ils ont leur
83 préférence, hein aussi, donc ils nous appellent par le prénom, donc c'est affectueux.
- 84 **Ambre : Puis au niveau de la relation soignant/soigné comment tu l'instaure, quand tu**
85 **as face à toi des patients ayant des troubles cognitifs ?**
- 86 AS 1 : J'essaie de m'adapter à son discours à lui. En fait, je ne le mets pas en situation
87 d'échec. Des fois, quand ils ont des dialogues qui ne sont pas cohérents. J'essaie quand même
88 d'aller dans son sens et de pas le contredire. On établit une discussion en fonction de lui en
89 fait.
- 90 **Ambre : D'accord, tu t'adapte à lui c'est ça ?**
- 91 AS 1 : Oui, voilà, je m'adapte aussi à son niveau de pathologie.
- 92 **Ambre : Oui, et est-ce que du coup ton vocabulaire aussi ?**
- 93 AS 1 : Ah oui, selon les troubles cognitifs, surtout Alzheimer. Comme le côté un peu psy,
94 s'est un peu plus familiarisé. Je sais qu'ils se repèrent plus quand on les appelle par leur
95 prénom. Mais je les-vous vois toujours pour garder la distance.
- 96 **Ambre : Et au niveau de la famille, est-ce qu'elle est intégrée à la prise en charge ?**
- 97 AS 1 : Ben pendant les soins, on n'intègre pas parce que ça reste quand même soin, mais
98 quand eux ils veulent participer, par exemple au repas, ça reste un soin hein, mais s'ils veulent
99 le prendre en charge, on les laisse faire en premier, s'ils veulent qu'on soit à côté, on reste à
100 côté mais c'est des moments de partage pour eux, même si c'est leur donner à manger, on reste
101 à côté mais sinon, ils préfèrent le faire, eux.

102 **Ambre : Ok, est ce que tu recherches systématiquement le consentement lors d'une**
103 **situation de soins comme la toilette ?**

104 AS 1 : Oui tout le temps.

105 **Ambre : Et comment ?**

106 AS 1 : Je demande, je dis ce que je fais, je lave, je rince, je vais enlever la couette parce qu'il
107 ne faut pas que ça soit interprété comme une intrusion, c'est leur corps quand même, donc on
108 demande toujours si on peut, s'ils veulent du savon, si l'eau est bonne. Puis s'ils refusent, bah
109 je laisse tomber.

110 **Ambre : Tu peux reporter ?**

111 AS 1 : Je reporte mais sinon je laisse tomber.

112 **Ambre : Ok, ma dernière question, ça serait comment vous abordez la question de la**
113 **sexualité des personnes âgées en institution ?**

114 AS 1 : Alors, ça nous est déjà arrivé. Ce n'est jamais très exposé, hein. Des fois on s'en doute.
115 Tant que c'est respectueux et que ça se passe et que ça ne se sait pas trop, moi je suis pour,
116 parce qu'on s'est rendu compte quand même que malgré leurs âges, ils en avaient besoin.
117 Comme quand on fait les soins d'hygiène, on voit qu'ils en ont besoin et que ça les stimule
118 quand même un petit peu. Donc moi tant que ça reste discret et pas à la vue de tout le monde,
119 ça ne me dérange pas.

120 **Ambre : D'accord et si une relation intime devait avoir lieu entre deux patients, vous**
121 **informez la famille ?**

122 AS 1 : Peut-être pas les aides-soignantes, peut-être les infirmières, mais je pense que si la
123 famille se poserait des questions, on peut éventuellement leurs dire mais après, ils sont libres
124 de faire ce qu'il veut, surtout s'ils sont les deux consentants. Donc je pense que si la famille ne
125 demande pas, je ne pense pas qu'on les informerait. Je sais pas du tout.

126 **Ambre : D'accord, tu aurais quelque chose à rajouter qui pour toi est important dans la**
127 **prise en charge des patients ?**

128 AS 1 : Être à l'écoute. Après, on est chacune différente, mais je pense qu'il faut respecter leur
129 désir, il ne faut pas les brusquer. Si ce n'est pas fait à 10h00, ça sera fait à 14h et si ce n'est
130 pas fait à 14h, ça sera fait plus tard...

131 **Ambre : D'accord, merci beaucoup pour tes réponses.**

132 AS 1 : De rien.

Entretien IDE 3 / EHPAD 2

1 **Ambre : Alors déjà quand c'est que tu as eu ton DE ?**

2 IDE 3 : En 2009.

3 **Ambre : D'accord et la date d'arrivée dans ce service ?**

4 IDE 3 : Ici en septembre.

5 **Ambre : D'accord, alors première question, comment tu établis une relation**
6 **soignant/soignée avec les patients en général ?**

7 IDE 3 : Ah c'est vaste hein, ça commence par des présentations, analyse des besoins et essayer
8 de répondre par des actions soit du rôle propre, soit du rôle prescrit quoi. Voilà de respecter
9 ces souhaits quoi, il y a des résidents qui vont vouloir entrer en relation, d'autres qui au
10 contraire vont être plus en retrait après, il faut savoir analyser les gens qui ne sont pas
11 capables d'exprimer, mais qui ont quand même des besoins. Bon, ça c'est tout notre travail, on
12 va dire d'expertise, enfin de d'analyses infirmières, et puis de relation qui s'établit sur du long
13 terme. Dans un EHPAD on est dans un lieu de vie donc on rentre vraiment dans des objectifs
14 de soins qui ne sont pas forcément de l'ordre du soin thérapeutique forcément, on peut être
15 dans une relation d'accompagnement, mais dans la vie. Pas forcément dans la pathologie on
16 va dire. On est là pour accompagner leurs éventuelles dépendances, les maintenir en
17 autonomie. Le projet, ça peut être juste qu'il soit en maintien d'autonomie le plus longtemps
18 possible et qu'il soit heureux sans pour autant avoir des soins très intrusif.

19 **Ambre : Du coup tu mets place une relation de confiance avec eux ? Tu penses que c'est**
20 **important ?**

21 IDE 3 : Je pense que c'est nécessaire. Après ce n'est pas moi qui la mets en place, elle s'établit
22 seule. Enfin selon la posture soignante qu'on a, ça va aider ou pas aider à ce que la relation de
23 confiance s'établisse, mais je pense qu'elle est essentielle à la base du soin.

24 **Ambre : Est-ce que tu trouves une évolution depuis ton début de carrière à maintenant**
25 **au niveau de la relation que tu as établi les patients, ? Parviens-tu à gérer la distance**
26 **professionnelle ?**

27 IDE 3 : Sur la relation en elle-même ? Non, je pense que j'ai vécu plus de situations avec de la
28 gestion du stress qui est propre à moi et forcément plus on a de l'expérience, plus on arrive à
29 gérer ce genre de situation et forcément on est peut-être un petit peu plus à l'écoute, mais en
30 tout cas on sait mieux gérer le temps qu'on a, les relations humaines... C'est sûr que
31 l'expérience aide.

32 **Ambre : Oui, je vois.**

33 IDE 3 : Je pense qu'à l'inverse, on peut arriver dans une situation où on est plus à l'écoute et
34 on croit savoir la place de l'autre parce qu'on a de l'expérience, parce que on a quelques
35 années et en fait on n'est plus à l'écoute à l'attention de l'autre. Mais je ne pense pas que ça
36 soit mon cas.

37 **Ambre : D'accord, alors ma deuxième question serait, quelle relation soignant/soigné**
38 **met tu en place envers les patients ayant des troubles cognitifs cette fois-ci ?**

39 IDE 3 : Il faut avoir une posture vraiment d'écoute. S'il y a des troubles du comportement, il
40 faut essayer de les apaiser par des moyens qu'ils soient thérapeutiques, médicamenteux ou non

41 médicamenteux... Aussi par le verbal, par le non-verbal, par le toucher, c'est le fait de
42 connaître en amont le résident par son mode de vie, savoir comment il a vécu quand il n'était
43 pas là, comment il vit quand il est ici, aide à l'accompagner et à éventuellement l'apaiser.

44 **Ambre : Est-ce que tu penses que la famille, elle joue un rôle important dans la prise en**
45 **charge du patient ?**

46 IDE 3 : Je pense que oui, ils font partie de la vie des résidents ou pas, mais en tout cas, il faut
47 les prendre en considération dans ce qu'on fait après, il faut voir avec le résident, c'est lui qui
48 choisit, qui établit la relation qu'il a envie, mais on respecte d'abord ces choix. Et on prend en
49 compte l'avis de la famille, s'ils doivent se substituer. Mais d'abord c'est le résident priorité et
50 la famille, on s'appuie si c'est un soutien, s'il est d'accord et même pour nous, la famille nous
51 aide. En fait c'est un travail de collaboration, c'est une relation de confiance aussi pour le bien-
52 être du résident.

53 **Ambre : D'accord, est-ce que tu recherches systématiquement le consentement dans une**
54 **situation de soins par exemple ?**

55 IDE 3 : Non, elle est induite. Je ne pose pas la question pour tous les soins que je vais mettre
56 en place, mais si quelqu'un de par son attitude ou l'exprime, je vais le prendre en compte et je
57 vais me questionner sur l'intérêt de ce que je fais. Si c'est bien pour lui, s'il y a un refus mais
58 que c'est nécessaire, si c'est une urgence, je le fais. Et si on a le temps de voir venir, on en
59 discute en équipe, pour voir quelle posture on peut avoir et comment agir.

60 **Ambre : D'accord, ma dernière question est, comment tu abordes cette fois-ci en équipe,**
61 **la question de la sexualité des personnes âgées en institution ?**

62 IDE 3 : On n'a pas vraiment de tabou. On a des résidents qui ont des pulsions, qui ont des
63 besoins, on a des fois des divergences de points de vue. On a eu là un résident, par exemple,
64 qui est avec sa femme et ils sont donc dans la même chambre par exemple. Et il s'est posé la
65 question que lui avait des besoins, sa femme se disait être frigide et ne voulait pas, n'était pas
66 forcément consentante, lui il insistait. Du coup, on s'est posé des questions en équipe parce
67 que la posture n'est pas évidente, sachant qu'ils sont mariés, ils ne sont pas sous protection
68 judiciaire, ils ont quelques troubles cognitifs aussi. On s'est demandé comment aider ce
69 monsieur qui était en difficulté aussi à gérer ça, puis ça a duré à quelques temps. D'ailleurs on
70 a pris un avis médical aussi pour savoir si au niveau hormonal il n'y a pas des choses à faire.
71 Mais on avait des divergences de points de vue en équipe et après on essaie d'en discuter, de
72 voir le résident, comment il réfléchit. Enfin, on essaie de trouver des solutions, mais l'idée,
73 c'est que les deux soient entendus, aussi bien celui qui a des désirs que celui qui n'en a pas. Il
74 faut surtout rechercher le consentement et la sécurité des deux personnes.

75 **Ambre : Du coup-là, quelle a été la solution ?**

76 IDE 3 : La solution, ça a été de mettre en place un traitement hormonal pour ce monsieur pour
77 l'apaiser parce qu'en fait ça l'a empêché de dormir même. Enfin, ça devenait obsessionnel et il
78 a même fini par être exhibitionniste auprès d'autres résidents. Donc là il se mettait en danger,
79 puis il mettait en danger aussi les autres. Mais voilà avec le traitement hormonal il s'est
80 apaisé, c'est le médecin qui a décidé, mais on ne l'a pas contraint de prendre le traitement, on
81 lui a proposé, pour que ça aille mieux.

82 **Ambre : Super, est-ce que tu aurais quelque chose à rajouter d'important de manière**
83 **générale ?**

84 IDE 3 : Je pense qu'il y a autant de relations soignants/soignés qu'il y'a de soignant et de
85 soignés, donc je pense qu'il faut être à l'écoute de ce qu'on est en tant que soignant et de
86 toujours prendre plaisir à faire ce qu'on a envie de faire pour pouvoir être au mieux à l'écoute
87 des patients et de leur de leurs besoins. Mais ce n'est pas toujours évident, en tout cas, c'est
88 donner du sens à ce qu'on fait, je pense que c'est important parce que c'est la base de tout.

89 **Ambre : D'accord, merci beaucoup pour tes réponses.**

Entretien IDE 4 / EHPAD 2

1 **Ambre : Tu peux me donner la date de ton DE ?**

2 IDE 4 : 1992.

3 **Ambre : Et ton arrivée dans ce service ?**

4 IDE 4 : Ici, il y'a 1 an.

5 **Ambre : D'accord donc là ma première question serait, comment tu établis une relation**
6 **soignant/soignée avec les patients ?**

7 IDE 4 : Tout ça c'est tellement instinctif que je ne serais pas tellement à décrire, c'est une
8 relation de confiance je pense. Tu arrives en souriant en expliquant tout ce que tu fais, en te
9 présentant, en expliquant ce que l'on fait. Même pour les traitements, il faut tout expliquer le
10 pourquoi du comment, en essayant de le faire parler, d'avoir un échange et par la même
11 occasion avoir son consentement.

12 **Ambre : Au niveau de la relation établie avec les patients, as-tu vu une évolution depuis**
13 **ton début de ta carrière à maintenant ?**

14 IDE 4 : Euh, oui, oui quand même, il y'a une différence de la relation après bon moi j'ai
15 toujours dit que même si on n'a pas le temps, on a le temps d'installer une relation
16 soignant/soigné. Voilà comme je dis, tu peux donner du temps même si c'est très peu de
17 temps, tu peux donner du temps de qualité. Je pense que ça, les gens font tellement vite, ils
18 n'ont plus envie aussi, donc on ne laisse pas trop de temps aux gens de parler. Alors que la
19 relation, c'est le plus important, surtout en EHPAD, si tu ne leur donnes pas de relationnel, les
20 pauvres, c'est déjà très compliqué.

21 **Ambre : D'accord, maintenant au niveau de la relation soignant/soigné que mets tu en**
22 **place avec les patients ayant des troubles cognitifs par exemple ?**

23 IDE 4 : Là on a beaucoup donc ça c'est bien. Donc toujours dans l'apaisement, jamais dans la
24 confrontation, toujours à aller au contact, toucher est important, la reformulation aussi. Par
25 exemple quand tu as ton patient qui a des troubles cognitifs, qui veut partir, lieu de dire un
26 non franc, vous allez rester là, plutôt tu détournes un peu l'attention en parlant de sa vie
27 d'avant. Comment c'était à la maison, qu'est-ce qui se passe à la maison, quel travail vous
28 avez... tu arrives à détourner l'attention. En fait c'est juste que tu drives ta relation, tu es
29 calme, tu apaises, tu les enlèves du conflit, tu vas les faire promener, tu vas les faire manger,
30 ça marche bien.

31 IDE 4 : Voilà c'est ça, une collation, un petit tour, on écoute de la musique, on fait des choses.
32 Finalement les patients avec des troubles cognitifs sont presque plus faciles.

33 **Ambre : D'accord, adaptes-tu ton vocabulaire aussi ?**

34 IDE 4 : J'adapte tout, mon vocabulaire, ma position, je rebondis sur eux. Sur leur
35 problématique du jour, par exemple, il faut que je rentre, faut que j'aille faire à manger, parce
36 qu'eux ils effacent tout ce qu'ils ont vécu avant.

37 **Ambre : D'accord, si maintenant j'en viens à la place de la famille dans la prise en**
38 **charge du patient, que peut tu me dire ?**

39 IDE 4 : La place de la famille, c'est très important dans le sens où, il faut qu'eux nous donnent
40 des informations sur le vécu des personnes pour qu'on sache ce qu'ils aiment, ce qu'ils

41 n'aiment pas. Quand ils rentrent, c'est important de savoir leur envie, leurs besoins et tout ça.
42 Et après, oui, on fait participer la famille parce que souvent quand même c'est leur repère
43 hein, il faut qu'ils gardent leur repère de la famille pour qu'ils aient quand même cette
44 reconnaissance, qu'ils reconnaissent leur famille. C'est important, quand la famille les places
45 en EHPAD, c'est qu'ils sont arrivés au bout et il y a un gros sentiment de culpabilité. On a
46 intérêt à les mettre au centre et de s'adapter aussi à ce qu'eux ont mis en place à la maison. Ça,
47 ça va avec parce que si tu changes les habitudes, ça peut être problématique.

48 **Ambre : Si on parle du consentement, le recherche tu systématiquement, lors d'une**
49 **situation de soin ?**

50 IDE 4 : Alors, du moment que tu préviens que tu vas faire le soin. Par exemple, on ne dit pas,
51 je viens vous faire la toilette, on dit plutôt, je viens vous aider à faire votre toilette, donc déjà
52 dans ce sens-là tu n'imposes pas le soin, tu viens voir si eux acceptent qu'on les aide. Voilà le
53 consentement tu le recherches dans ce sens-là. Puis s'il te dit non, on s'adapte, on repart, on
54 reviendra, on verra après. On ne demande pas oui ou non, on favorise la proposition plutôt
55 puis on voit. Le refus il faut l'accepter sinon tu mets en conflit, après selon la nécessité peut
56 en venir au conflit mais ce n'est pas le but. De toute façon maintenant des efforts sont faits par
57 rapport à ça, on est plus dans l'humanité qu'avant quand même.

58 **Ambre : L'humanité se traduit par le respect du choix du patient c'est ça ?**

59 IDE 4 : Oui c'est vraiment le respect de la personne qui est mis en avant, mais en même
60 temps dans la tête des autres soignantes et dans le soin en général, elles ont du mal à se dire
61 qu'on ne fait pas le soin aujourd'hui, tu es obligé de leur dire, « *Oh là, il est agité la toilette,*
62 *on fait que le minimum* ». Mais c'est vrai que ce n'est pas dans leurs habitudes de reporter ou
63 de ne pas faire je dirais.

64 **Ambre : Finalement le consentement n'est pas recherché, mais il est plus respecté ?**

65 IDE 4 : Oui c'est ça, puis faire le distinguo avec les soins nécessaire comme un traitement,
66 une perfusion, un pansement... La même si la personne n'est pas consentante, si ça engage un
67 risque vital alors on le fait quand même.

68 **Ambre : D'accord, ma dernière question serait, comment abordez-vous en équipe, la**
69 **question de la sexualité des personnes âgées en institution ?**

70 IDE 4 : Alors là, on a beaucoup de débat sur ce sujet, je pense qu'avant tout c'est pareil, c'est
71 le respect de leurs choix, troubles cognitifs ou pas, ce sont leurs choix. Toujours est-il que
72 cela reste dans le respect de chacun, pas dans la contrainte, mais voilà il faut quand même que
73 les familles soient averties. Pas forcément de dire ce qu'il se passe en détail, mais au moins le
74 rapprochement entre les deux personnes. J'ai vécu une situation où une dame était entrée dans
75 l'institution mais avait encore son mari à domicile, elle présentait des troubles cognitifs, et il
76 s'avère qu'elle a été attirée par un autre résident, le voyant comme son mari, et ne voulant
77 plus voir son « vrai mari ». Alors là une partie de l'équipe a été beaucoup choquée qu'on
78 laisse faire ça avec ce résident alors qu'elle avait encore son mari. Après c'était son choix à ce
79 moment-là.

80 **Ambre : Vous avez pu trouver une solution du coup ?**

81 IDE 4 : Oui, c'était une décision commune, toute l'équipe est intervenue, médecin,
82 psychologue, AS, IDE, et les familles aussi. Puis il a été expliqué qu'on ne pouvait pas
83 empêcher cette dame, d'aller retrouver l'autre patient dans la nuit lorsqu'elle le souhaitait, vu
84 qu'elle pensait que c'était son mari donc pour elle c'était normal. On ne peut pas l'attacher

85 pour l'empêcher d'y aller, donc on a laissé faire, puis la famille à accepter au fil du temps. On
86 a du bien expliquer ce qu'étaient les troubles cognitifs, la démence, qui leurs fait oublier le
87 mari, les enfants... donc finalement pourquoi pas tomber amoureux de quelqu'un.

88 **Ambre : D'accord super, belle expérience ! Mais du coup, as-tu déjà été confrontée à**
89 **une opposition franche d'une famille ?**

90 IDE 4 : Alors je ne peux pas vraiment te dire, jamais une famille a été opposée totalement,
91 mais voilà si ça devait arriver, ici on a une psychologue beaucoup présente notamment auprès
92 des familles et qui est en capacité d'échanger autour du sujet avec celles-ci. Mais au-delà de
93 ça, je pense que tout explique, quand tu sais que la personne ayant des troubles cognitifs peut
94 faire un transfert sur une personne inconnu mais vu pour elle comme son enfant ou son
95 conjoint, et que c'est la maladie qui est responsable alors ça peut s'entendre. Mais
96 effectivement si la famille ne change pas d'avis, alors j'imagine qu'on peut mettre en place un
97 changement d'EHPAD pour l'un des deux si vraiment ça pose problème.

98 **Ambre : Je vois, tu m'as donné beaucoup d'exemple c'est super. Aurais-tu quelque**
99 **chose à rajouter ?**

100 IDE 4 : Si je devais dire un mot, c'est le consentement, pour moi c'est le plus important, tout
101 ça fondé sur la relation de confiance, c'est la base de tout.

102 **Ambre : D'accord, merci beaucoup pour tes réponses.**

103 IDE 4 : De rien.

Entretien AS 2 / EHPAD 2

1 **Ambre :** Quand as-tu obtenu ton diplôme ?

2 AS 2 : Il y'a 17 ans.

3 **Ambre :** Et ta date d'arrivée dans ce service ?

4 AS 2 : Ici, il y'a 5 ans.

5 **Ambre :** Alors ma première question est, comment tu établis une relation
6 soignant/soigné avec les patients ?

7 AS 2 : Ben tout part de la confiance, de la gentillesse, de la bienveillance. À partir du moment
8 où tu te présentes, tu leur dis pourquoi tu es là, de ne pas les surprendre, d'aller à leur rythme
9 aussi. Parce qu'une toilette c'est bien, mais ce n'est pas une succession de gestes. Enfin, il y a
10 un minimum de... sans pour autant que ce soit sexué, mais de tendresse, d'approche et après
11 vois ça se fait correctement.

12 **Ambre :** Ok, est-ce que tu as vu une évolution de depuis le début de ta carrière à
13 maintenant ?

14 AS 2 : Oui, bien sûr, parce que j'évolue tous les jours, j'apprends tous les jours, même si je
15 suis diplômée, je continue d'apprendre. Que ce soit les résidents, que ce soit les médecins, la
16 cadre, mes collègues continueront à me surprendre tous les jours parce que tous les jours tu
17 vas apprendre. Après oui, nous on a vu la différence quand il y a eu la pandémie, on avait plus
18 le droit de les prendre dans nos bras, de leur faire des bisous par exemple. Et en fait, c'est là
19 où on s'est dit, waouh, en fait jusqu'à maintenant, bah oui, je les prenais dans mes bras, oui
20 quand ils me disaient fais-moi un gâté, fais-moi un bisou, bah oui, je faisais un bisou. Parce
21 qu'ils sont toujours dans cette recherche de toucher relationnel, de tactilité, ils sont vachement
22 en manque de tout ça. En fait, on se dit, ouais je faisais tout ça quoi. Et c'est là où on a eu
23 cette prise de conscience et on se dit mais en fait, c'est important pour eux. Moi, visiblement,
24 ça c'est un automatisme chez moi parce que ça ne me choque même pas.

25 **Ambre :** D'accord, ma deuxième question serait, quelle relation soignant/soignée, tu
26 mets en place avec les patients, ayant des troubles cognitifs ?

27 AS 2 : Alors moi déjà je viens de la Belgique donc la Belgique on tutoie facilement, en France
28 non, c'est très mal vu, mais le tutoiement déjà rapproche. Pour moi, le tutoiement fait péter les
29 barrières. Après, ça dépend du niveau des troubles cognitifs, on s'adapte, on voit leur
30 compréhension. Ou justement dans à l'inverse s'ils n'ont pas compris, on réadapte le
31 vocabulaire et il se peut qu'on utilise un vocabulaire, mais vraiment de base, beaucoup plus
32 simplifier. Voilà, à partir du moment où ils ont compris, puis même, ils ressentent avec notre
33 touché, ils ressentent avec quelqu'un qui va accompagner le mouvement et quelqu'un qui va
34 faire ça (geste brusque).

35 **Ambre :** Oui puis tu le vois dès le début de la relation, comment tu vas appréhender avec
36 le la personne, selon comment elle est réceptive ou pas.

37 AS 2 : Déjà, si tu as confiance en toi, ça va déjà mieux passer que quelqu'un qui n'a pas
38 confiance parce que faut pas croire, ils sentent énormément, même s'ils ont des troubles
39 cognitifs, ils sentent énormément de choses.

40 **Ambre :** Oui c'est certain, et quelle importance tu donnes à la famille dans la prise en
41 charge du patient ?

42 AS 2 : C'est très important qu'ils soient là dans les décisions, dans les démarches. D'ailleurs,
43 on met en place des TNMP donc ce sont des thérapies non médicamenteuses personnalisées ?
44 Je fais des cours thérapeutiques, j'ai pu aussi la formation de la sexualité de la personne âgée
45 en EHPAD, puis aussi de l'hypnose. Pour revenir à la famille, on a mis en place le snoezelen
46 et on essaye de les inclure dans ce soin, qu'elle puisse y participer avec le résident.

47 **Ambre : Ok ça va, super. Ma 3e question serait, est-ce que tu recherches**
48 **systématiquement le consentement dans une situation de soins comme une toilette, un**
49 **accompagnement ou une activité ?**

50 AS 2 : Oui.

51 **Ambre : Et par quel moyen ?**

52 AS 2 : Je demande, est-ce que c'est le moment de faire la toilette pour vous ? Ou est-ce que ça
53 vous va si on fait la toilette maintenant ou avant le petit déjeuner ou après le petit-déjeuner ?
54 Donc certains vont te dire oui parce qu'ils ont la capacité de comprendre ta question, puis tu
55 en as, tu vas à peine les approcher, vont t'envoyer les mains donc tu comprends que ce n'est
56 pas le moment, tu reviens dix minutes après. Aussi il y'a des jours, ce sera peut-être qu'une
57 toilette intime parce qu'ils n'ont pas envie et que parce que moi-même des fois le dimanche je
58 n'ai pas envie de m'habiller, je n'ai pas envie de me maquiller, on accepte tout simplement.

59 **Ambre : Finalement tu peux reporter la chose ou même respecter en fait le choix qui du**
60 **patient.**

61 AS 2 : Oui ! S'ils n'ont pas envie, ils n'ont pas envie, tant que la toilette intime est faite, après
62 j'essaie d'insister quand même sur le minimum vital, visage, main aisselle, toilette intime,
63 mais après, si elle me dit bah non, je n'ai pas envie de faire les jambes aujourd'hui, je dis ok et
64 on verra demain.

65 **Ambre : Certains patients, ne pouvant pas exprimer leur besoin, comme souvent les**
66 **patients ayant des troubles cognitifs, comment repères-tu leur consentement ?**

67 AS 2 : Ils t'envoient les mains, ils se reculent, ils sont opposants, donc tu le repères vite.

68 **Ambre : La dernière question serait, comment vous abordez en équipe cette la question**
69 **de la sexualité des personnes âgées en situation ?**

70 AS 2 : Alors c'est un grand combat pour moi, parce que j'ai eu mon diplôme de sexo-conjungo
71 thérapeute et en fait en sexualité, comme pour l'adulte comme pour la personne âgée, il y'a
72 des lois, notamment dans la charte de la personne âgée, des droits respectés qui ne sont pas
73 toujours respectés pour dire très rarement respectés parce que la sexualité c'est un peu tabou,
74 ça renvoie forcément à sa propre sexualité, parce que si déjà toi tu as des blocages, mais
75 comment si t'es pas au clair avec la tienne tu peux pas être au clair avec celle du résident.
76 Enfin, c'est un peu mon combat. Donc là je fais des formations. La formation dure une
77 journée. Et j'essaie de faire comprendre à mes collègues qu'en EHPAD tu as le droit d'avoir
78 une vie sexuelle.

79 **Ambre : Ok j'entends ce que tu me dis, voilà moi dans mon mémoire je me demande si**
80 **vieillesse est égale au fait de ne plus ressentir de désir ?**

81 AS 2 : Pas du tout !

82 **Ambre : Voilà, c'est une question que je me pose parce que dans l'esprit des gens, peut-**
83 **être qu'on se dit qu'une personne âgée n'a forcément plus de désir, elle n'a plus d'envie.**
84 **Alors que finalement, y'a-t-il un âge défini à la fin du désir ?**

85 AS 2 : Alors il y a une étude qui a été faite sur des résidents. Ils avaient entre 80 et 102 ans.
86 Donc, sur ces gens-là, il y a 88% des hommes qui se masturbent le soir et 77% des femmes.

87 **Ambre : Ah oui bon ? C'est énorme !**

88 AS 2 : Enfin, après qu'on soit bien d'accord, ce n'est pas la même sexualité qu'à 20 ans, c'est
89 plus de la tendresse, du plaisir charnel. Mais moi, si tu veux tout savoir, je suis pour l'achat de
90 sex-toys. Enfin voilà ce n'est pas parce que tu rentres en EHPAD... alors déjà que tu n'as plus
91 de maison, tu arrives dans une chambre, on te dit bah voilà, c'est chez vous, tu as déjà tout
92 perdu et en plus bah ce qu'il te reste de ton corps, on te le prive. S'il faut laisser la protection
93 ouverte un quart d'heure à la résidente parce qu'elle veut explorer son corps parce que, mais
94 bien sûr, je vais laisser ouvert. Si ça peut l'empêcher de mieux dormir, de pas me faire de la
95 neige avec sa protection ? parce que c'est un peu ce qui se passe, ils déchirent tout pour
96 essayer de se toucher comme il peut.

97 **Ambre : Puis aussi pourquoi pas être à visée thérapeutique ? Dans ma situation, le**
98 **patient était hyper agressif, et d'avoir ce rapprochement, il est devenu hyper souriant,**
99 **hyper enthousiaste. Il participe aux activités.**

100 AS 2 : Et tu sais, dans certains cas, tu as même la baisse de traitement des antidépresseurs.

101 **Ambre : Ah je ne savais pas ça, mais oui du coup c'est logique.**

102 AS 2 : Par contre, je le dis franchement depuis le début, que je fais des formations, je leur dis
103 que la première chose c'est de s'assurer qu'il n'y a pas de violence, pas de menace, que le
104 consentement est ok, même si c'est quelqu'un qui a des troubles cognitifs, tu le vois, observe
105 tes résidents, observe-les. Nous on a des couples, on a une dame qui a des troubles cognitifs,
106 mais quand elle voit l'autre résident s'approcher d'elle, elle ne le repousse pas, au contraire elle
107 s'avance. Mais si tu vois qu'elle se recule ou elle met la main, ok là y'a un souci mais à partir
108 du moment où elle est consentante et lui est consentant, alors faites-vous plaisir.

109 **Ambre : D'accord, super merci, aurais-tu quelque chose d'autre à rajouter ?**

110 AS 2 : C'est des résidents qui ont eu leur vie, qui viennent avec un passé, le futur ? Bah il
111 n'est pas très grand, donc autant leur rendre le plus agréable possible les derniers jours qui
112 leurs restent. Et puis, même pour la toilette, s'ils n'ont pas envie de se laver, ce n'est pas
113 grave, ils n'ont pas été au charbon cette nuit, à partir du moment où le strict minimum est
114 propre, on leur fout la paix et en fait c'est un peu ça mon point de vue face à tout ça.

115 **Ambre : Merci beaucoup pour tes réponses.**

Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens

Annexe IV.I : Entretien IDE 1 / EHPAD 1

Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?	<i>L9 : « ça prend du temps pour moi » L10 : « il faut qu'ils nous voient plusieurs fois » L17 : « je suis plus à l'aise maintenant »</i>
Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?	<i>L28 : « une cadre formée Montessori » L29 : « on va parler tranquillement avec un ton de voix assez bas. On n'est pas agressif » L30 : « on leur rappelle qui on est tous les jours, toutes les heures » L30 : « il faut répéter, répéter, répéter » L34 : « la présentation et la répétition » L45 : « la place de la famille elle est au centre » L46 : « la famille doit être prévenue de tout ce qu'il se passe » L48 : « elle est importante parce que ce sont les repères »</i>
Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?	<i>L55 : « ça serait mentir si je te disais oui » L56 : « une fois qu'ils ont dit oui...je considère que le deuxième jour...je ne redemanderai pas » L61 : « mais normalement il faudrait demander à chaque fois »</i>
Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?	<i>L67 : « c'est propre à chacun, c'est quelque chose pour lequel j'essaie de rester ouverte d'esprit mais ce n'est pas toujours facile » L69 : « de manière générale, âgée ou pas, ce n'est pas facile de se confronter à la sexualité des autres » L70 : « on préfère en rigoler et dédramatiser la chose » L73 : « les décisions qu'on prend ici sont en équipe » L75 : « du moment qu'ils sont tous les deux consentants, je ne vois pas l'intérêt d'en parler en réunion, ça reste des êtres humains »</i>
Avez-vous quelque chose à rajouter ?	<i>L81 : « ne pas se croire tout puissant et intouchable »</i>

Annexe IV.II : Entretien IDE 2 / EHPAD 1

Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?	<i>L6 : « j'ai quand même de l'empathie pour mes patients » L7 : « qu'ils se sentent bien et que moi aussi je sois épanouie dans mon travail » L8 : « il faut garder cette barrière soignant/soigné...l'attachement peut faire mal » L11 : « je reste moi-même, je suis toujours là pour eux dès qu'ils ont besoin »</i>
Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?	<i>L18 : « tout dépend de la pathologie » L19 : « je les considère comme des personnes qui n'ont pas de troubles » L24 : « le comportement et le langage varient en fonction du résident » L29 : « on est plus présent nous en tant que soignant » L30 : « les familles, ça dépend, en général, oui ils sont concernés dans la prise de décisions »</i>
Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?	<i>L33 : « ah oui bien sûr ! » L34 : « quand je rentre dans la chambre, c'est la première question » L35 : « je demande tout le temps si la personne est d'accord ou n'est pas d'accord » L39 : « si elle ne veut vraiment pas, je ne force pas »</i>
Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?	<i>L42 : « nous on est plus, à ne pas s'opposer » L45 : « on n'est personne pour juger de leur sexualité, de leur besoin » L45 : « ça se décide en équipe »</i>
Avez-vous quelque chose à rajouter ?	<i>L49 : « le consentement, c'est la chose primordiale dans notre milieu »</i>

Annexe IV.III : Entretien AS 1 / EHPAD 1

Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?	<i>L7 : « je suis très à l'écoute, le toucher aussi, pour les réassurer » L8 : « être disponible le plus qu'on peut » L11 : « si le discours ne passe plus, je sais déléguer »</i>
Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?	<i>L21 : « j'essaie de m'adapter à son discours à lui » L21 : « je ne le met pas en situation d'échec » L22 : « j'essaie d'aller dans son sens et pas le contredire. Ont établi une discussion en fonction de lui » L25 : « je m'adapte à son niveau de pathologie aussi » L30 : « la famille, quand ils veulent participer au repas par exemple, on les laisse faire en premier »</i>
Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?	<i>L36 : « oui tout le temps » L38 : « je demande » L40 : « s'ils refusent, je laisse tomber »</i>
Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?	<i>L45 : « ce n'est jamais très exposé » L45 : « tant que c'est respectueux, moi je suis pour » L45 : « on s'est rendu compte que malgré leur âge, ils en avaient besoin » L51 : « ils sont libres de faire ce qu'ils veulent, surtout s'ils sont tous les consentants » L52 : « si la famille ne demande pas, je ne pense pas qu'on les informerait »</i>
Avez-vous quelque chose à rajouter ?	<i>L54 : « être à l'écoute...respecter leur désir, ne pas les brusquer »</i>

Annexe IV.IV : Entretien IDE 3 / EHPAD 2

Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?	<i>L7 : « ça commence par des présentations, analyse des besoins, essayer de répondre par des actions soit du rôle propre ou prescrit » L9 : « respecter ces souhaits » L10 : « savoir analyser les gens qui ne sont plus capable de l'exprimer mais qui ont quand même des besoins » L12 : « la relation s'établie sur le long terme » L15 : « qu'ils soient en maintien d'autonomie, qu'ils soient heureux »</i>
Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?	<i>L33 : « il faut avoir une posture d'écoute » L34 : « apaiser par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux. Aussi par le verbal et non verbal, par le toucher, connaître en amont la vie du patient » L40 : « on prend en compte l'avis de la famille s'ils doivent se substituer » L40 : « mais d'abord c'est le résident en priorité, la famille c'est un soutien. C'est un travail en collaboration »</i>
Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?	<i>L45 : « non, il est induit » L46 : « par son attitude, ou m'exprime, je vais le prendre en compte et je vais me questionner sur l'intérêt de ce que je fais »</i>
Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?	<i>L51 : « on n'a pas vraiment de tabou. On a des résidents qui ont des pulsions, des besoins, on a quelquefois des divergences de points de vue » L58 : « mais l'idée c'est que les deux soient entendus, aussi bien celui qui a des désirs que celui qui n'en a pas. Il faut surtout chercher le consentement et la sécurité des deux personnes »</i>
Avez-vous quelque chose à rajouter ?	<i>L67 : « il y'a autant de relation soignant soigné qu'il y'a de soignants et de soigné, il faut être à l'écoute, toujours prendre plaisir à faire ce qu'on a envie de faire, donner du sens à ce qu'on fait »</i>

Annexe IV.V : Entretien IDE 4 / EHPAD 2

Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?	<i>L7 : « tout ça c'est tellement instinctif, c'est une relation de confiance je pense » L8 : « tu arrives en souriant, te présentant, expliquant ce que l'on fait » L13 : « j'ai toujours dit que même si on n'a pas le temps, on a le temps d'installer une relation soignant soignée. Tu peux donner du temps de qualité » L16 : « la relation, c'est le plus important »</i>
Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?	<i>L20 : « toujours dans l'apaisement, jamais dans la confrontation, toujours aller au contact, toucher est important, la reformulation aussi » L24 : « tu drive la relation, tu es calme, tu apaises, tu les enlèves du conflit » L29 : « j'adapte tout, mon vocabulaire, ma position, je rebondis sur eux » L33 : « la place de la famille c'est très important, ils nous donnent des informations sur le vécu es personnes » L35 : « on fait participer les familles, c'est leur repère »</i>
Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?	<i>L41 : « tu préviens que tu vas faire le soin » L42 : « tu n'imposes pas le soin, si eux acceptent qu'on les aide » L44 : « on favorise la proposition, puis on voit. Le refus il faut l'accepter sinon tu te mets en conflit » L46 : « on est plus dans l'humanité »</i>
Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?	<i>L57 : « c'est le respect de leur choix, troubles cognitifs ou pas. Cela reste dans le respect de chacun, pas de contrainte, il faut quand même que les familles soient averties » L68 : « on a bien dû expliquer ce qu'étaient les troubles cognitifs, la démence...donc finalement pourquoi pas tomber amoureux de quelqu'un » L73 : « ici on a une psychologue beaucoup présente auprès des familles pour en parler »</i>
Avez-vous quelque chose à rajouter ?	<i>L79 : « si je devais dire un mot, c'est le consentement, pour moi c'est le plus important, tout sa fondé sur la relation de confiance »</i>

Annexe IV.VI : Entretien AS 2 / EHPAD 2

<p>Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?</p>	<p>L6 : « tout part de la confiance, de la bienveillance. Tu te présentes, pourquoi tu es là, ne pas les surprendre, aller à leur rythme » L16 : « ils sont toujours dans cette recherche de toucher relationnel, de tactilité, ils sont vachement en manque de tout ça »</p>
<p>Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?</p>	<p>L22 : « le tutoiement rapproche déjà, il fait casser les barrières » L23 : « ça dépend des troubles cognitifs, on s'adapte, on voit leur compréhension » L25 : « s'ils n'ont pas compris, on réadapte le vocabulaire, beaucoup plus simplifié » L33 : « la famille, c'est très important qu'ils soient là dans les décisions, les démarches. L36 : « on essaye de les inclure dans le soin, qu'ils puissent y participer avec le résident »</p>
<p>Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?</p>	<p>L39 : « oui, je demande » L49 : « si elle me dit non...je dis ok je reviens demain »</p>
<p>Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?</p>	<p>L57 : « il y'a des lois, notamment dans la charte de la personne âgée » L58 : « des droits qui sont très rarement respectés parce que la sexualité c'est un peu tabou, ça renvoie forcément à sa propre sexualité, parce que si déjà toi tu as des blocages, comment tu peux être au clair avec celle du patient » L61 : « j'essaie de faire comprendre à mes collègues qu'en EHPAD, tu as le droit à une vie sexuelle » L70 : « c'est plus de la tendresse, du plaisir charnel » L79 : « dans certains cas, il y'a la baisse d'antidépresseurs » L82 : « par contre la première chose s'est de s'assurer qu'il n'y a pas de violence, pas de menace, que le consentement est ok. Même avec des troubles cognitifs, tu les observes »</p>
<p>Avez-vous quelque chose à rajouter ?</p>	<p>L88 : « autant leur rendre le plus agréable possible les derniers jours qu'ils leurs restent »</p>

Annexe V. Grilles d'analyse des questions

Annexe V.I : Question n°1

Comment établissez-vous une relation soignant / soigné avec les patients ?		Cadre de références
IDE 1	L9 : « ça prend du temps pour moi » L10 : « il faut qu'ils nous voient plusieurs fois » L17 : « je suis plus à l'aise maintenant »	« Au fil du temps, celle-ci évoluera et se caractérisera selon le contexte auquel les interacteurs se trouvent ».
IDE 2	L6 : « j'ai quand même de l'empathie pour mes patients » L7 : « qu'ils se sentent bien et que moi aussi je sois épanouie dans mon travail » L8 : « il faut garder cette barrière soignant/soigné...l'attachement peut faire mal » L11 : « je reste moi-même, je suis toujours là pour eux dès qu'ils ont besoin »	Bourgeron cite, « la relation soignant soigné conduit une relation de confiance, elle fonde un lien particulier ».
AS 1	L7 : « je suis très à l'écoute, le toucher aussi, pour les réassurer » L8 : « être disponible le plus qu'on peut » L11 : « si le discours ne passe plus, je sais déléguer »	Manoukian et Massebeuf disent : « entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards... »
IDE 3	L7 : « ça commence par des présentations, analyse des besoins, essayer de répondre par des actions soit du rôle propre ou prescrit » L9 : « respecter ces souhaits » L10 : « savoir analyser les gens qui ne sont plus capable de l'exprimer mais qui ont quand même des besoins » L12 : « la relation s'établie sur le long terme » L15 : « qu'ils soient en maintien d'autonomie, qu'ils soient heureux »	Menant indique, « il y'a forcément une écoute, une identification des besoins, une analyse, des actions... », aussi-il dit, « Un soin relationnel met en présence deux personnes. Lors d'un soin relationnel, ce ne sont pas deux fonctions ou deux rôles qui se rencontrent : un patient et un soignant. Ce sont deux personnes avec leur histoire, leurs limites, leurs vécus passé et présent qui se rencontrent et s'engagent dans un contexte particulier ».
IDE 4	L7 : « tout ça c'est tellement instinctif, c'est une relation de confiance je pense » L8 : « tu arrives en souriant, te présentant, expliquant ce que l'on fait » L13 : « j'ai toujours dit que même si on n'a pas le temps, on a le temps d'installer une relation soignant soignée. Tu peux donner du temps de qualité » L16 : « la relation, c'est le plus important »	
AS 2	L7 : « tout ça c'est tellement instinctif, c'est une relation de confiance je pense » L8 : « tu arrives en souriant, te présentant, expliquant ce que l'on fait » L13 : « j'ai toujours dit que même si on n'a pas le temps, on a le temps d'installer une relation soignant soignée. Tu peux donner du temps de qualité » L16 : « la relation, c'est le plus important »	

Annexe V.II : Question n°2

Quelle relation soignant / soigné mettez-vous en place avec les patients présentant des troubles cognitifs ?		Cadre de références
IDE 1	<p>L28 : « une cadre formée Montessori »</p> <p>L29 : « on va parler tranquillement avec un ton de voix assez bas. On n'est pas agressif »</p> <p>L30 : « on leur rappelle qui on est tous les jours, toutes les heures »</p> <p>L30 : « il faut répéter, répéter, répéter »</p> <p>L34 : « la présentation et la répétition »</p> <p>L45 : « la place de la famille elle est au centre »</p> <p>L46 : « la famille doit être prévenue de tout ce qu'il se passe »</p> <p>L48 : « elle est importante parce que ce sont les repères »</p>	<p>McCormak, valorise une prise en charge personnalisée, puis recueillir ces souhaits afin qu'il soit décisionnaire de sa prise en charge. Il dit que le soignant doit être « attentif »</p> <p>« <i>L'importance d'évaluer le degré des troubles pour pouvoir se positionner convenablement par la suite</i> »</p> <p>L'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, qui reprend le fait qu'une personne majeure peut elle-même désigner une personne de confiance suite »</p> <p>Mattei parle de dignité malgré la maladie, « On ne peut pas disposer à la fois de la dignité et décider qu'on l'a, qu'on l'a plus ou moins, ou qu'on ne l'a plus... La dignité s'éteint avec la personne, mais ne s'estompe pas progressivement au fil de la vieillesse ou de la maladie. La dignité n'est pas biodégradable. »</p>
IDE 2	<p>L18 : « tout dépend de la pathologie »</p> <p>L19 : « je les considère comme des personnes qui n'ont pas de troubles »</p> <p>L24 : « le comportement et le langage varient en fonction du résident »</p> <p>L29 : « on est plus présent nous en tant que soignant »</p> <p>L30 : « les familles, ça dépend, en général, oui ils sont concernés dans la prise de décisions »</p>	
AS 1	<p>L21 : « j'essaie de m'adapter à son discours à lui »</p> <p>L21 : « je ne le met pas en situation d'échec »</p> <p>L22 : « j'essaie d'aller dans son sens et pas le contredire. Ont établi une discussion en fonction de lui »</p> <p>L25 : « je m'adapte à son niveau de pathologie aussi »</p> <p>L30 : « la famille, quand ils veulent participer au repas par exemple, on les laisse faire en premier »</p>	
IDE 3	<p>L33 : « il faut avoir une posture d'écoute »</p> <p>L34 : « apaiser par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux. Aussi par le verbal et non verbal, par le toucher, connaître en amont la vie du patient »</p> <p>L40 : « on prend en compte l'avis de la famille s'ils doivent se substituer »</p> <p>L40 : « mais d'abord c'est le résident en priorité, la famille c'est un soutien. C'est un travail en collaboration »</p>	
IDE 4	<p>L20 : « toujours dans l'apaisement, jamais dans la confrontation, toujours aller au contact, toucher est important, la reformulation aussi »</p> <p>L24 : « tu drive la relation, tu es calme, tu apaises, tu les enlèves du conflit »</p> <p>L29 : « j'adapte tout, mon vocabulaire, ma position, je rebondis sur eux »</p>	

	<p>L33 : « la place de la famille c'est très important, ils nous donnent des informations sur le vécu es personnes »</p> <p>L35 : « on fait participer les familles, c'est leur repère »</p>	
AS 2	<p>L22 : « le tutoiement rapproche déjà, il fait casser les barrières »</p> <p>L23 : « ça dépend des troubles cognitifs, on s'adapte, on voit leur compréhension »</p> <p>L25 : « s'ils n'ont pas compris, on réadapte le vocabulaire, beaucoup plus simplifié »</p> <p>L33 : « la famille, c'est très important qu'ils soient là dans les décisions, les démarches.</p> <p>L36 : « on essaye de les inclure dans le soin, qu'ils puissent y participer avec le résident »</p>	

Annexe V.III : Question n°3

Recherchez-vous systématiquement le consentement lors d'une situation de soin ?		Cadre de références
IDE 1	<p>L55 : « ça serait mentir si je te disais oui »</p> <p>L56 : « une fois qu'ils ont dit oui...je considère que le deuxième jour...je ne redemanderai pas »</p> <p>L61 : « mais normalement il faudrait demander à chaque fois »</p>	L'article 36 du Code Déontologique médical, stipule que le consentement doit être recherché dans tous les cas.
IDE 2	<p>L33 : « ah oui bien sûr ! »</p> <p>L34 : « quand je rentre dans la chambre, c'est la première question »</p> <p>L35 : « je demande tout le temps si la personne est d'accord ou n'est pas d'accord »</p> <p>L39 : « si elle ne veut vraiment pas, je ne force pas »</p>	L'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, qui reprend le fait qu'une personne majeure peut elle-même designer une personne de confiance
AS 1	<p>L36 : « oui tout le temps »</p> <p>L38 : « je demande »</p> <p>L40 : « s'ils refusent, je laisse tomber »</p>	L'article L1111-4 du Code de la Santé Publique et stipule : « <i>Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment</i> »
IDE 3	<p>L45 : « non, il est induit »</p> <p>L46 : « par son attitude, ou m'exprime, je vais le prendre en compte et je vais me questionner sur l'intérêt de ce que je fais »</p>	
IDE 4	<p>L41 : « tu préviens que tu vas faire le soin »</p> <p>L42 : « tu n'imposes pas le soin, si eux acceptent qu'on les aide »</p> <p>L44 : « on favorise la proposition, puis on voit. Le refus il faut l'accepter sinon tu te mets en conflit »</p> <p>L46 : « on est plus dans l'humanité »</p>	Philippe Merlier « <i>Consentir à deux sens : il peut signifier accorder, autoriser, se prononcer en faveur de quelque chose, accepter que quelque chose se fasse ; où se rendre à un sentiment ou à une volonté d'autrui.</i> »
AS 2	<p>L39 : « oui, je demande »</p> <p>L49 : « si elle me dit non...je dis ok je reviens demain »</p>	

Annexe V.IV : Question n°4

Comment abordez-vous en équipe, la question de la sexualité chez les personnes âgées, en institution ?		Cadre de références
IDE 1	<p>L67 : « c'est propre à chacun, c'est quelque chose pour lequel j'essaie de rester ouverte d'esprit mais ce n'est pas toujours facile »</p> <p>L69 : « de manière générale, âgée ou pas, ce n'est pas facile de se confronter à la sexualité des autres »</p> <p>L70 : « on préfère en rigoler et dédramatiser la chose »</p> <p>L73 : « les décisions qu'on prend ici sont en équipe »</p> <p>L75 : « du moment qu'ils sont tous les deux consentants, je ne vois pas l'intérêt d'en parler en réunion, ça reste des êtres humains »</p>	<p>Thibault et Hanicotte expriment « la sexualité n'est pas une évidence pour l'ensemble des soignants »</p> <p>L'approche positive énoncée par l'OMS « la santé sexuelle est quelque chose de fondamental pour la santé et le bien-être des personnes »</p>
IDE 2	<p>L42 : « nous on est plus, à ne pas s'opposer »</p> <p>L45 : « on n'est personne pour juger de leur sexualité, de leur besoin »</p> <p>L45 : « ça se décide en équipe »</p>	<p>Ponte signale bien que « la personne âgée en institution, a droit au respect de sa vie privée, et la sexualité en fait partie »</p>
AS 1	<p>L45 : « ce n'est jamais très exposé »</p> <p>L45 : « tant que c'est respectueux, moi je suis pour »</p> <p>L45 : « on s'est rendu compte que malgré leur âge, ils en avaient besoin »</p> <p>L51 : « ils sont libres de faire ce qu'ils veulent, surtout s'ils sont tous consentants »</p> <p>L52 : « si la famille ne demande pas, je ne pense pas qu'on les informerait »</p>	<p>La Haute Autorité de Santé a publié un récit sur l'accompagnement des établissements et service médico-sociaux pour mettre en avant les besoins et attentes affectives existantes, des personnes en institution.</p>
IDE 3	<p>L51 : « on n'a pas vraiment de tabou. On a des résidents qui ont des pulsions, des besoins, on a quelquefois des divergences de points de vue »</p> <p>L58 : « mais l'idée c'est que les deux soient entendus, aussi bien celui qui a des désirs que celui qui n'en a pas. Il faut surtout chercher le consentement et la sécurité des deux personnes »</p>	<p>R. Courtois, d'une manière générale « la sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour »</p>
IDE 4	<p>L57 : « c'est le respect de leur choix, troubles cognitifs ou pas. Cela reste dans le respect de chacun, pas de contrainte, il faut quand même que les familles soient averties »</p> <p>L68 : « on a bien dû expliquer ce qu'étaient les troubles cognitifs, la démence... donc finalement pourquoi pas tomber amoureux de quelqu'un »</p> <p>L73 : « ici on a une psychologue beaucoup présente auprès des familles pour en parler »</p>	<p>Manoukian fait un lien au sujet, il dit « à travers les âges de la vie, la sexualité est une réalité permanente, complexe et diverse »</p>
AS 2	<p>L57 : « il y'a des lois, notamment dans la charte de la personne âgée »</p> <p>L58 : « des droits qui sont très rarement respectés parce que la sexualité c'est un peu tabou, ça renvoie forcément à sa propre sexualité, parce que si déjà toi tu as des blocages, comment tu peux être au clair avec celle du patient »</p> <p>L61 : « j'essaie de faire comprendre à mes collègues qu'en EHPAD, tu as le droit à une vie sexuelle »</p> <p>L70 : « c'est plus de la tendresse, du plaisir charnel »</p> <p>L79 : « dans certains cas, il y'a la baisse d'antidépresseurs »</p> <p>L82 : « par contre la première chose s'est de s'assurer qu'il n'y a pas de violence, pas de menace, que le consentement est ok. Même avec des troubles cognitifs, tu les observes »</p>	

Annexe V.V : Question n°5

Avez-vous quelque chose à rajouter ?		Cadre de références
IDE 1	L81 : « ne pas se croire tout puissant et intouchable »	<p>L'HAS cite comme objectif principal : « <i>prendre en compte les besoins et attentes...</i> »</p> <p>M Dorange cite : « <i>les établissements d'accueil pour personnes âgées sont encore associés à l'idée d'hospice, et de mourir</i> ».</p> <p>Jollien A, apporte une définition de la relation de confiance, « <i>C'est en faisant chaque jour toujours un tout petit peu confiance à la vie que, peu à peu, la confiance se découvre. Il ne s'agit pas d'importer la confiance, mais de voir qu'elle est déjà en nous</i> »</p>
IDE 2	L49 : « le consentement, c'est la chose primordiale dans notre milieu »	
AS 1	L54 : « être à l'écoute...respecter leur désir, ne pas les brusquer »	
IDE 3	L67 : « il y'a autant de relation soignant soigné qu'il y'a de soignants et de soigné, il faut être à l'écoute, toujours prendre plaisir à faire ce qu'on a envie de faire, donner du sens à ce qu'on fait »	
IDE 4	L79 : « si je devais dire un mot, c'est le consentement, pour moi c'est le plus important, tout ça fondé sur la relation de confiance »	
AS 2	L88 : « autan leur rendre le plus agréable possible les derniers jours qu'ils leurs restent »	

Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussigné (Prénom, NOM) : **Amber PANZA**

Promotion : **2020 / 2023**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

De la tendresse à la sexualité chez les personnes âgées, en institution

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ... **17-05-2023** ... Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Amber PANZA', written over a horizontal line.

La sexualité des personnes âgées en institution

Résumé : J'ai fait le choix de réaliser mon travail sur un sujet qui fait débat de nos jours. Je parle de la sexualité qui peut exister chez les personnes âgées et particulièrement dans une institution comme l'EHPAD. J'ai à cœur de mettre l'accent sur les questionnements qu'il peut avoir autour de ce tabou, étant donné que ce sont des situations qui peuvent toucher un grand nombre de personnes ainsi que nous-mêmes un jour ou l'autre. Ce thème engage de nombreux questionnements autour des notions exploitées dans le cadre de références. Les recherches que j'ai effectuées m'ont permises d'en sortir une problématique : En quoi la recherche du consentement chez des patients ayant des troubles cognitifs influence la relation soignant-soigné ? Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de six professionnels de santé ayant donné suite à un travail de recherche, pour permettre de faire une analyse exhaustive. Différentes compétences professionnelles, ainsi que différents lieux d'exercice ont été comparés dans le but de recueillir une diversité de témoignages pour un même sujet. Contrairement à ce que je pensais, il en ressort une ouverture d'esprit nouvelle, pour la plupart des personnes interrogées, avec une acceptation de la sexualité chez les personnes âgées. Avec le recul, on peut affirmer que la sexualité pour tous et à tout âge commence à être prise en considération par le personnel soignant.

231 Mots

Mots clés : SEXUALITE – INSTITUTION – PERSONNES AGEES – CONSENTEMENT – TABOU

Sexuality of the elderly in institutions

Abstract: I chose to do my work on a subject that is being debated nowadays. I am talking about the sexuality that can exist among the elderly and particularly in an institution like the nursing home for seniors. I want to emphasise the questions that can be asked about this taboo, given that these situations can affect a large number of people as well as ourselves one day or another. This theme raises many questions about the concepts used in the reference framework. The research I did enabled me to come up with a problematic: How does the search for consent in patients with cognitive disorders influence the caregiver-patient relationship? Semi-structured interviews were conducted with six health professionals who had completed a research project, to allow for a comprehensive analysis. Different professional skills and different places of practice were compared in order to gather a diversity of testimonies on the same subject. Contrary to what I thought, what emerged was a new openness, for most of the people interviewed, with an acceptance of sexuality among the elderly. With hindsight, it can be said that sexuality for all people and at all ages is beginning to be taken into consideration by the medical staff.

208 Words

Keywords : SEXUALITY – INSTITUTION – ELDERLY PERSON - CONSENT - TABOO